

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 120.

DE LA
GASTROPTOSE

ABAISSEMENT ET DÉFORMATION DE L'ESTOMAC

CARACTÉRISÉS SURTOUT

par l'aplatissement de la grosse Tubérosité et le développement de la petite

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Avril 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François EYNARD

Né le 4 Août 1874, à Bourg-de-Péage (Drôme).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 120.

DE LA
GASTROPTOSE

ABAISSEMENT ET DÉFORMATION DE L'ESTOMAC

CARACTÉRISÉS SURTOUT

par l'aplatissement de la grosse Tubérosité et le développement de la petite

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Avril 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François EYNARD

Né le 4 Août 1874, à Bourg-de-Péage (Drôme).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Avril 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLTON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (M.)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LEPINE, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. DEVIC et COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

Nous sommes heureux, au début de ce travail, d'adresser nos sincères remerciements à M. le professeur Lépine, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et à M. le D^r Tournier qui nous a donné l'idée de ce sujet et dont les conseils nous ont guidé dans la rédaction de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'estomac, malgré ses nombreux moyens de fixité le reliant aux parois abdominales et aux organes voisins, est susceptible de se déplacer. C'est l'opinion admise par la grande majorité des auteurs. Depuis quelques années, cependant, on a réduit considérablement l'étendue de ces déplacements : Jonnesco et d'autres anatomistes assignent une fixité presque absolue à la cavité gastrique.

Nous pouvons cependant admettre deux grandes catégories de déplacements de l'estomac : l'une où l'on trouve la cavité gastrique refoulée vers le diaphragme et en quelque sorte remontée par le fait de l'obésité, d'une tumeur abdominale ou du corset; l'autre au contraire où l'estomac est abaissé d'une quantité plus ou moins considérable. A ces deux variétés de déplacements correspondent, d'après M. le Dr Tournier, deux ordres de symptômes : thoraciques dans la première ; abdominaux dans la deuxième.

Nous devons diviser en trois catégories les déplacements de l'estomac vers le bas. On peut avoir : la dislocation avec biloculation plus ou moins marquée parfois fonction-

nelle et parfois définitive; la dislocation verticale et la gastropiose vraie ou abaissement presque total de l'estomac. Les deux premières variétés, outre quelques signes différentiels, ont un symptôme commun : le bruit de glouglou qui, à notre avis, permet de séparer rapidement ces deux affections de celle dont nous allons nous occuper.

La gastropiose vraie était, disait-on naguère, constituée par l'abaissement total de l'estomac y compris le cardia : mais des recherches récentes ont démontré que cet orifice était à peu près immobile. Aussi croyons-nous résumer une opinion plus admise aujourd'hui en définissant la gastropiose : « *Une déformation plutôt qu'un déplacement consistant en un abaissement de l'estomac dû à l'aplatissement de la grosse tubérosité et à l'augmentation de la petite.* »

A l'aide de quelques observations, toutes dues à l'obligeance de M. le Dr Tournier, nous essaierons de donner une symptomatologie de cette affection et d'arriver au diagnostic en utilisant seulement les signes qu'on peut facilement constater, sans avoir recours aux méthodes plus ou moins complexes que certains auteurs ont employées.

DE LA GASTROPTOSE

HISTORIQUE

Les déplacements de l'estomac n'avaient pas passé inaperçus aux auteurs anciens : nous avons trouvé dans la littérature médicale quelques cas assez nets de gastropiose. Dès 1729, Lieuteaud, dans son *Historia anatomico-medica*, relatait quelques faits où l'autopsie avait montré des estomacs situés au-dessous de l'ombilic. Un peu plus tard, Morgagni rapporte en son ouvrage : *De sedibus et causis morborum*, en même temps qu'une observation de son maître Valsalva, deux cas personnels, où l'étude clinique des malades lui permit de penser à un abaissement de l'estomac, qui fut constaté à l'autopsie. Vicq d'Azir accuse les corps à baleine de refouler l'estomac au-dessous de l'ombilic et Portal, en 1803, enseigne, dans son cours d'anatomie, que l'estomac, s'il est relativement fixe, peut cependant subir des déplacements vers le bas.

Andral, en 1821, dans le *Journal de Physiologie expérimentale de Magendie*, rapporte une très belle observation d'estomac abaissé et dilaté. Vers la même époque, Frédéric Maeckel indique la possibilité de cette dislocation ; Virchow, en 1853, et Küssmaul, en 1880, la mentionnent aussi.

Mais ce sont là quelques faits restés épars dans la science jusqu'au moment où Glénard, dans une série de travaux parus depuis 1885 dans la *Province médicale*, le *Lyon médical*, le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* et surtout dans la *Revue des maladies de la nutrition* qu'il fonda à Vichy en 1893, fit de la gastropse presque une entité morbide et en fixa le mécanisme pathogénique et l'étiologie. Les comptes rendus et les travaux originaux se multiplient alors, surtout en Allemagne où les communications de Glénard semblent avoir provoqué les recherches les plus nombreuses.

Nous trouvons, en France, les noms de Pourcelot, de Cuilleret, de Chéron, de Hernet qui consacrent à l'étude de l'entéropse leurs thèses inaugurales, de Ferréol qui soutient à la Société de médecine des hôpitaux l'opinion de Glénard, de Trastour et de Montunuis qui opposent le syndrome de la neurasthénie gastrique et de la gastropse à celui de la dilatation stomacale de Bouchard. M. Bouveret fait faire les thèses de Chapotot et de Perret, et, dans son *Traité des maladies de l'estomac*, fait une courte mais excellente monographie de cette affection; Hayem et Lion lui consacrent aussi quelques pages dans le traité de Brouardel. Vers la même époque, Boudou reprend la théorie de Meynert et, dans sa thèse de Toulouse, 1896, étudie les rapports de la gastropse et de la chlorose. Enfin M. Bouveret, dans la *Revue de médecine de 1896*, publie l'observation d'un malade atteint d'une sténose pylorique et d'un abaissement consécutif de l'estomac occasionnés par des adhérences de la cavité gastrique et de la vésicule biliaire.

Paul Delbet, en 1898, cite le cas d'une malade chez qui

des adhérences inflammatoires que le grand épiploon avait contractées avec les organes pelviens, amenèrent un abaissement notable de l'estomac.

Le professeur Bourget, de Lausanne, inspire la thèse de Poltowicz en 1892 (*Contribution à l'étude de la maladie de Glénard et du carcinome de l'estomac à l'aide de l'insufflation directe*), et, dans une communication faite au Congrès de médecine de Lyon de 1894, étudie les variations du chimisme stomacal dans la gastropse.

En Angleterre, Dickinson étudie les méfaits du corset; Twedy, en 1894, publie dans le *British medical journal* une étude sur l'état de l'estomac dans l'entéroptose.

Pendant ce temps, les travaux se succèdent rapidement en Allemagne et de nombreuses théories surgissent qui cherchent à expliquer les dislocations stomacales. Ewald étudie les rapports des troubles gastriques et du rein flottant ; Landau et Koelling font intervenir la diminution de pression intra-abdominale pour expliquer les changements de position des viscères ; Völker et Hertz, en 1894, accusent le corset de produire des prolapsus gastriques ; Küttner et Dyer, en 1896, se rallient à cette opinion ; Meynert, puis Brüggemann et Agéron soutiennent que la gastropse est la cause véritable de la chlorose : Manfred Bial, Rosenfeld et d'autres auteurs cherchent à établir que l'estomac est aussi fréquemment abaissé chez les hommes que chez les femmes et admettent que les symptômes qu'on a donnés de la gastropse sont généralement dus au nervosisme surajouté.

D'autres auteurs s'occupent plus spécialement des moyens de déterminer la situation et la forme de l'esto-

mac; Rüneberg, Jaworsky, Langherans préconisent la distension artificielle par l'insufflation; Boas palpe l'estomac à l'aide d'une sonde molle en caoutchouc; enfin, après Max Einhorn, Heryng et Reichmann, Küttner et Jacobson, Oppler utilise les résultats de la gastroduiaphanie pour vérifier les résultats de l'insufflation et de la percussion.

APERÇU ANATOMIQUE

Nous avons cru utile, avant d'aborder l'étude proprement dite de la gastropiose, de rappeler sommairement quelle est la situation normale de l'estomac et quels sont ses moyens de fixité.

L'estomac est situé dans l'étage supérieur de la cavité abdominale ; le diaphragme et le foie le recouvrent dans la plus grande partie de son étendue ; la masse intestinale et surtout le côlon transverse lui servent de coussin et, suivant la comparaison que l'on a faite, l'estomac flotte à leur surface comme une nacelle sur l'eau. Normalement, la poche gastrique occupe la presque totalité de l'hypocondre gauche et une grande partie de la région épigastrique ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle arrive dans l'hypocondre droit et Rauber a dit, avec raison, que les cinq sixième de l'estomac étaient à gauche de la ligne médiane.

L'axe de l'estomac ou plutôt la direction d'une ligne allant du cardia au pylore est loin d'être horizontale ainsi qu'on l'avait cru longtemps ; elle est plutôt verticale, surtout chez les femmes et les enfants : il en est de même d'une ligne allant du sommet de la grosse tubérosité au point le plus bas du vestibule pylorique.

Mais ce ne sont là que des axes pour ainsi dire idéaux

et qui ne nous renseignent guère sur la véritable direction de l'estomac; Jonnesco admet qu'on ne peut représenter par un seul axe la direction de cet organe. Il faut diviser la cavité gastrique en deux parties, pour la bien étudier : la plus grande, les deux tiers de l'estomac, est verticale et légèrement oblique d'arrière en avant; la plus petite, le dernier tiers, malgré quelques irrégularités, se porte transversalement de bas en haut et d'avant en arrière. Telle est la direction généralement admise de l'estomac. Si Frémont, dans sa thèse de Lille (1890), a trouvé que sur 40 estomacs 20 étaient verticaux dans leur entier; 4, verticaux avec partie horizontale; 6, obliques en bas et en dedans; 7, obliques en bas et en dehors; 3, horizontaux. Reynier et Souligoux, en 1891, ont affirmé que l'axe qui va du sommet de la grosse tubérosité au pylore est légèrement oblique et presque transversal lorsque l'estomac est vide, mais que la petite courbure, quand la cavité gastrique est pleine, se redresse et prend la forme d'une ligne droite, donnant à l'estomac l'aspect presque vertical.

L'orifice supérieur de l'estomac, le cardia, siège en avant de la moitié latérale gauche du corps de la 11^e vertèbre dorsale et répond en avant aux 6^e et 7^e cartilages costaux : c'est le point le plus fixe, car il est maintenu en place par sa continuité avec l'œsophage et par de courts replis péritonéaux qui le relient au diaphragme. Le pylore siège à droite du corps de la première vertèbre lombaire, vers sa partie inférieure, il répond en avant aux 7^e et 8^e cartilages costaux droits : il est caché par le foie et se trouve placé sous le col de la vésicule biliaire, en avant du tronc de la veine porte et de l'artère hépatique. Sa continuité avec la première partie du duodénum relativement mobile ne sert

guère à maintenir en place cette partie de l'estomac. Son plus sûr moyen de suspension est le ligament gastro-hépatique qui s'étend du cardia au pylore, fixant ainsi l'anse gastrique de Glénard au sillon transverse du foie.

La petite courbure que l'on devrait, d'après Jonnesco et nombre d'autres auteurs, appeler plus justement le bord droit de l'estomac, est placé sous le foie et, à l'état normal, est inaccessible à la palpation. La grande courbure, ou bord gauche, se déplace suivant l'état de vacuité ou de distension de l'estomac : normalement elle reste même après les repas un peu au-dessus de l'ombilic et, tandis que, pour Pacanowski, elle reste toujours à 4 ou 5 centimètres au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, elle peut normalement, lorsque l'estomac est plein, d'après Ewald, être seulement à 2 centimètres au-dessus de cette ligne.

D'après Braune, le pylore se trouverait sur la ligne médiane quand l'estomac est vide et se porterait jusqu'à 7 centimètres vers la droite quand cet organe se distend. D'où pour cet auteur plus grande horizontalité de l'estomac plein que de l'estomac vide, contrairement à l'opinion émise par Reynier et Souligoux.

Les autres moyens de fixité de la cavité gastrique sont nombreux : la masse intestinale plus légère et toujours gonflée de gaz la maintient appuyée contre la voûte diaphragmatique ; le péritoine la relie aux organes voisins par des replis épais dont les plus importants sont certainement les ligaments gastro-hépatique, gastro-splénique et gastro-côlique.

La portion de l'estomac, comprise entre le ligament gastro-splénique à gauche et le canal pylorique à droite,

est la plus mobile, mais seulement dans le sens vertical ; car tout mouvement de rotation sur son axe, ayant pour résultat de porter la grande courbure en avant, ne peut se produire, étant donné la résistance du ligament gastro-splénique qui le relie à la rate. Jonnesco n'hésite pas à dire que l'estomac ne peut se déplacer au sens propre du mot. et qu'il peut seulement augmenter sur place en développant sa grande courbure dirigée à gauche et en bas.

Nombre d'autres anatomistes admettent cependant une plus grande facilité de déplacements de l'estomac et certains auteurs décrivent un abaissement total de cet organe. C'est ainsi que M. Bouveret admet que, dans la gastropiose proprement dite, non seulement le fond remonte moins haut sous les côtes gauches, que le pylore, la région pylorique et la grande courbure sont abaissés, mais qu'aussi et c'est, dit-il, un caractère décisif, le cardia est au-dessus de la 11^e vertèbre dorsale, au niveau de la 12^e, quelquefois plus bas encore.

Sans vouloir nier complètement la possibilité d'un pareil déplacement du cardia, nous ne croyons pas, et c'est l'avis d'un grand nombre d'auteurs, que l'orifice supérieur de l'estomac puisse s'abaisser ainsi. Il est difficile de comprendre comment l'œsophage pourrait se prêter à un pareil allongement sans rétrécir son calibre : nous n'avons d'ailleurs trouvé dans aucune observation de gastropiose des symptômes œsophagiens. De plus, nous avons essayé sur quelques cadavres de produire des gastropioses en tirant soit sur l'épiploon, soit sur l'estomac lui-même, et si nous avons toujours constaté un abaissement et un aplatissement de la grosse tubérosité, nous n'avons jamais vu le cardia s'abaisser de plus de 1 centimètre. La plupart des auteurs

allemands qui ont étudié les déplacements de l'estomac, Braune, Küttner, Völker, Hertz admettent tous que l'estomac est trop solidement fixé pour être véritablement déplacé, et voici, d'après ces auteurs, la forme que revêt l'estomac dans la gastropiose à la suite des diverses compressions qui agissent sur lui : L'estomac se déplace d'abord au niveau de son point le plus mobile, le pylore se trouve reporté vers la ligne médiane, en même temps qu'il s'abaisse ; mais c'est surtout la grande courbure qui se déplace, étant donné qu'elle est la plus variable dans sa forme et sa situation. Ce déplacement vers le bas et ce plus grand développement de l'arc inférieur de l'estomac sont surtout dus à l'abaissement et l'aplatissement de la grosse tubérosité. En même temps, la partie voisine du pylore, par le fait surtout de la rétention alimentaire et de l'ectasie, se développe et forme une véritable poche sous-pylorique.

Ces diverses modifications font que l'estomac, au lieu d'avoir une grande partie verticale et une petite transversale, prend un aspect tout différent, et l'on a alors une portion verticale très réduite et une transversale très développée. L'estomac revêt alors assez nettement la forme « d'une *poire* », c'est du moins ce qu'il est facile de constater sur les schémas du professeur Bourget, d'Heryng et Reichmann et d'autres auteurs. La grosse extrémité de la poire siégeant en bas et aux environs de la ligne médiane, tandis que la partie amincie représente la grosse tubérosité complètement aplatie et descendue.

Dès lors, les rapports pathologiques que représente l'estomac, soit avec la paroi abdominale, soit avec les organes voisins, sont assez complètement modifiés. La

grande courbure se trouve abaissée : on peut la rencontrer dans une série de points échelonnés sur la ligne ombilico-pubienne ; sa position plus ou moins basse dépend à la fois de la ptose stomacale et de la dilatation plus ou moins atonique qui lui est presque toujours associée.

La petite courbure participe elle aussi à ce déplacement : elle devient assez nettement perceptible même dans les cas moyens de gastropiose et peut arriver jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Par le fait de l'abaissement de toute la cavité gastrique, y compris le pylore, il se produit une coudure bien marquée au niveau de la première portion du duodénum et consécutivement une sténose assez manifeste qui donnera naissance aux manifestations habituelles des occlusions pyloriques. Plus tard, l'estomac ainsi surchargé d'une façon à peu près continue se dilate considérablement et présente d'une façon assez constante les caractères de l'atonie. La tunique musculaire a perdu son élasticité et sa tonicité et l'examen objectif de l'estomac chez le malade montre qu'il y a à la fois ptose et myasthénie gastrique.

Le pylore peut être envahi par un néoplasme ou présenter les lésions scléreuses d'une cicatrice d'ulcère. Ce sont là deux causes, qui, indépendamment d'une compression, peuvent produire un abaissement total de l'estomac et il leur revient une part importante dans l'étiologie de cette dislocation.

Souvent aussi le foie est plus ou moins abaissé et plus ou moins déformé ; l'on trouve de la néphropiose à des degrés variables, quelquefois bilatérale, mais plus fréquemment à droite qu'à gauche : le côlon transverse peut être aussi déplacé.

OBSERVATIONS

Il nous aurait été facile de réunir une quantité considérable d'observations de gastrophtoses : c'est par centaines que nous aurions pu les grouper. M. le professeur Bourget, de Lausanne, possède dans ses archives plus de cent observations où l'estomac insufflé a été trouvé ptosé. Meynert, Küttner, Bial et beaucoup d'autres auteurs allemands en ont publié des cas très nombreux. En France, les observations cliniques abondent aussi et des volumes entiers ne suffiraient point à les relater.

Aussi nous sommes-nous contenté de prendre dans la collection de M. le Dr Tournier quelques types d'observations en les choisissant un peu variées pour étayer la symptomatologie et montrer l'aspect clinique de cette affection que l'on voit devenir de plus en plus fréquente à mesure qu'on la connaît davantage.

OBSERVATION I (inédite).

(Collection de M. le Dr Tournier, registre 3, p. 80).

M^{me} P. M..., de Valence, trente-six ans (28 janvier 1899).

Pas d'antécédents héréditaires ; mère cependant un peu nerveuse.

A eu quatre sœurs ; deux mortes en bas âge, d'affection indéterminée, deux vivantes et bien portantes.

Pas de maladie à noter dans son enfance, si ce n'est une rougeole à six ans.

Étant jeune fille, a toujours été maigre, pesant au maximum 50 kilogrammes, le plus souvent 45.

Réglée à quinze ans toujours régulièrement.

La malade a éprouvé vers l'âge de dix-huit ans quelques crampes d'estomac survenant plus spécialement quelques heures après les repas.

Mariée à vingt et un ans, a eu deux grossesses, l'une simple, l'autre gémellaire ; toutes deux arrivées à terme.

En allaitant, après sa deuxième grossesse, a eu quelques spasmes œsophagiens.

Depuis onze ans, époque à laquelle remonte sa dernière grossesse, elle a éprouvé des phénomènes douloureux du côté des reins et de l'estomac.

A subi, il y a quatre ans, un curetage de l'utérus, après avoir eu pendant longtemps des pertes blanches.

Les phénomènes morbides se sont un peu atténués depuis deux ans, ils reviennent par périodes plus ou moins espacées, dans l'intervalle desquels l'état de la malade paraît être excellent.

État actuel. — Le matin, pas de symptômes morbides, pas d'état saburral ; il n'y en a jamais.

L'appétit est variable, habituellement bon.

N'éprouve rien immédiatement après les repas ; mais trois ou quatre heures après surviennent des sensations douloureuses au creux épigastrique, des crampes, des tiraillements ; quelquefois les douleurs s'irradient dans tout l'abdomen et la région lombaire. Jamais de vertiges, de bouffées de chaleur ou d'oppression après les repas.

Parfois, mais rarement, des vomissements alimentaires, fréquemment la malade déclare avoir la bouche pleine d'un liquide aqueux, peu filant, de saveur douceâtre qu'elle rejette sans peine et sans effort par gorgées plus ou moins abondantes.

Tous ces phénomènes disparaissent si la malade a le soin de se coucher ou de s'étendre pendant quelques heures tout de suite après les repas,

La constipation est d'intensité moyenne et les matières renferment assez souvent des glaires.

Signes objectifs. — Pas d'état saburral de la langue.

Dentition assez bonne.

Facies pâle et un peu bronzé, muqueuses légèrement décolorées.

Pas de douleur à la pression épigastrique, battements aortiques nets à ce niveau.

Le ventre paraît abaissé, légèrement déprimé au-dessous des côtes et laisse apercevoir un gonflement assez limité autour de l'ombilic.

La grande courbure et la limite inférieure de la petite tubérosité, recherchée par le clapotage et la succussion est à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic : la petite courbure se dessine en quelque sorte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

La percussion, la succussion et le clapotage confirment cette situation. En effet, la sonorité gastrique s'arrête à ce niveau inférieur et supérieur et on a très nettement de la matité au niveau du rebord costal.

On aperçoit quelques ondes péristaltiques peu accentuées.

Le rein droit est mobile au 2^e degré.

La matité hépatique ne se trouve ni augmentée, ni déplacée ; on ne perçoit pas la rate.

Le côlon ascendant et descendant est perceptible en état de spasme, formant la corde. On ne sent pas le côlon transverse.

29 janvier. — On fait prendre à la malade un repas d'épreuve composé de pain, viande et eau. Retiré deux heures après, il donne une bouillie abondante, très liquide, pas d'excès de mucus sur le filtre.

Acidité totale = 2,92.

Acide chlorhydrique libre, positif par la réaction de Günzburg.

Le vert brillant donne réaction vert pré.

Il y a des traces d'érythro-dextrine et un peu moins d'achroo-dextrine.

Réaction positive des peptones.

Pas d'acide lactique ni butyrique.

Le toucher vaginal montre l'utérus assez solidement fixé en rétroversion.

Il n'y a rien à noter au cœur et au poumon.

Les urines n'ont ni sucre ni albumine.

On ne trouve aucun stigmate hystérique, quoique la malade soit d'un tempérament nerveux, qu'elle ait des colères faciles et parfois des craintes et des angoisses.

OBSERVATION II (inédite).

(Collection de M. le D^r Tournier, registre 3, page 89).

M^{me} R..., âgée de soixante-sept ans (26 janvier 1899).

Pas d'antécédents héréditaires, fille unique, n'a eu aussi qu'une fille.

Aucune maladie à noter dans l'enfance ni plus tard.

A toujours été constipée, d'un tempérament nerveux et un peu irritable.

Toujours réglée régulièrement.

Mariée à vingt-cinq ans a eu à vingt-huit ans une grossesse mauvaise avec des vomissements pendant toute sa durée.

Légère obésité un peu plus tard.

Depuis l'âge de quarante ans, elle éprouve de fréquents malaises gastriques caractérisés par la pesanteur, des sensations de lenteur de la digestion.

Dans la nuit, sensations de malaises dans les jambes ; la malade est souvent obligée de se lever pendant une heure pour faire des renvois.

Depuis dix ans, les malaises ont un peu changé de caractère et sont du type suivant :

Le matin, sensation de chute du ventre et bouche mauvaise.

Une heure après le petit déjeuner et pendant toute la matinée, sensation de contact douloureux des aliments, nombreuses éructations sans goût, crachement abondant d'un liquide incolore, légèrement filant et de saveur un peu sucrée.

Après le repas de midi et du soir, la malade est bien pendant une heure, puis reprise plus forte du même syndrome.

Elle souffre quelquefois pendant la nuit, alors qu'elle est couchée.

Gargouillements intestinaux abondants.

Ces symptômes gastriques ont été plus ou moins périodiques, la malade est quelquefois restée plusieurs mois sans souffrir.

Depuis deux ans, elle a maigri, alors que cependant elle souffrait moins de son estomac.

Mais l'amaigrissement et la pâleur se sont surtout accentués depuis le mois de juillet 1898.

Actuellement les signes subjectifs sont les mêmes qu'auparavant.

Examen objectif. — Facies pâle, amaigrissement marqué.

État saburral de la langue. Très mauvaise dentition depuis l'âge de quarante ans.

Le foie est ptosé et mobile, la limite supérieure de matité hépatique est abaissée de trois travers de doigt.

Pas de battements épigastriques.

Chute de l'estomac, clapotage sous-ombilical à 4 travers de doigt d'une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Ventre globuleux.

Côlon ascendant en spasme.

Constipation toujours opiniâtre, avec selles glaireuses.

Un repas d'épreuve donne une bouillie abondante, mais d'extraction difficile.

Acidité totale = 3,65.

Réaction douteuse d'HCl libre par le Günsbourg.

Vert brillant donne vert pomme.

Phase de l'achroodextrine.

Un peu d'excès de mucus sur le filtre.

Au cœur, choc de la pointe un peu étalé, pas de souffle, quelques irrégularités cardiaques.

Depuis le mois de juillet, urines abondantes surtout la nuit, plus de 2 litres par jour.

Un peu d'albumine.

Léger œdème des jambes il y a un mois.

Pas d'hypertension artérielle.

OBSERVATION III (inédite).

Collection de M. le D^r Tournier, registre 3, p. 127.

M^{me} P..., trente-six ans, demeurant à Lyon (10 février 1899).

Pas d'antécédents héréditaires.

Aucune maladie à noter dans l'enfance si ce n'est la rougeole.

A été élevée à la campagne et a toujours été un peu nerveuse. Dès l'enfance si on la contrariait elle perdait connaissance.

A l'âge de vingt ans, après la mort de sa mère a eu de l'aphonie pendant quinze jours.

A éprouvé dernièrement des névroses d'angoisse (phobie, craintes).

A eu quelques crises hystériques, étouffements avec perte de connaissance, quelques crises larvées.

Ovarialgie, pas d'anesthésie cutanée.

Toujours réglée régulièrement. Mariée depuis huit ans.

Trois mois après le début de l'aphonie, a eu brusquement des crampes d'estomac quelques heures après les repas, accompagnées de sensation de constriction épigastrique.

Pour les calmer, la malade éprouvait le besoin de se courber en avant, de presser avec la main sur l'estomac,

Elle eut en même temps des crachements d'eau claire.

Cette crampe a duré une demi-heure environ, après quoi la malade a été très lasse.

Depuis lors, ces crampes sont revenues très fréquemment, à peu près tous les jours et cela depuis quinze à seize ans.

Elles sont calmées instantanément par l'ingestion de lait chaud, mais le lait pris avant n'empêche pas la venue de la crampe.

Des linges chauds appliqués sur l'estomac la calment aussi.

La malade est restée trois ans sans éprouver de crampes; elle n'en a pas eu pendant une grossesse.

Depuis trois mois, les crampes sont revenues très fortes et très violentes et surviennent régulièrement deux heures après le petit déjeuner du matin, trois ou quatre heures après le repas du midi et celui du soir.

Mais le soir les douleurs ne réapparaissent pas si la malade s'est couchée de bonne heure et s'est endormie.

L'appétit est resté bon; habituellement il se produit deux ou trois éructations d'air après le repas; jamais d'aigreur.

La constipation est habituelle mais modérée, quelquefois des glaires, mais rarement.

L'intestin n'est pas perçu subjectivement.

Point de vertiges ni de dyspnée, quelques palpitations.

Objectivement. — Facies pâle sans être chlorotique, petit souffle veineux cardiaque, mais le sang n'est pas décoloré.

Amaigrissement notable persistant depuis l'âge de ving-cinq ans.

Etat saburral de la langue,

Dentition mauvaise depuis dix ans.

Le thorax est mince et grêle, les points où le corset paraît exercer sa pression sont élevés.

Il existe de la matité sous-cardiaque hépatique au niveau de l'espace de Traube, sauf tout à fait latéralement où on a une petite zone de sonorité très limitée.

Le foie n'est pas abaissé, mais paraît déplacé sur la ligne médiane.

On a du clapotage sous-ombilical net surtout du côté droit comme si l'estomac occupait la ligne médiane.

On ne voit pas la petite courbure.

Forme globuleuse du ventre.

Pas de glouglou rythmique spontané; on peut cependant le pro-

voquer un peu, assez difficilement, en comprimant la base du thorax.

Pas de rein mobile.

Chimisme stomacal donne l'acidité totale = 3,65,

Pas d'acide chlorhydrique libre.

Le vert brillant donne le vert pomme.

La réaction de l'acide lactique est positive, il se dégage une odeur butyrique intense.

Il y a du mucus en excès sur le filtre.

On perçoit la phase de l'érythroextrine.

La recherche de la sensibilité fait reconnaître la présence d'une hémianesthésie droite.

On ne trouve rien au cœur ni aux poumons. Les urines de quantité normale et sans albumine renferment un petit excès de mucus.

OBSERVATION IV (inédite).

Collection de M. le Dr Tournier, registre 3, p. 59.

M^{me} L..., demeurant à Lyon, cinquante ans (15 janvier 1899).

Pas d'antécédents héréditaires.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Toujours réglée régulièrement depuis l'âge de treize ans.

Mariée à vingt-deux ans, a eu quatre grossesses à terme et qui ont évolué sans troubles nettement caractérisés.

A toujours été vive et d'un caractère impressionnable se mettant assez fréquemment et rapidement en colère.

La malade s'est surmenée pendant de longues années, fournissant jusqu'à dix-huit heures de travail par jour, se livrant même à des travaux pénibles (elle aidait à charger sur des voitures des ballots de soie).

Il y a douze ans environ, la malade ressentit brusquement, après un violent effort, une douleur très forte dans tout l'abdomen, il lui sembla que quelque chose lui était tombé dans le ventre.

Elle fut obligée de s'aliter pendant six jours et reprit ensuite son travail.

On lui ordonna alors le port d'une ceinture, mais au bout de deux mois elle la supprima de son propre chef.

Deux ans environ après cet accident, c'est-à-dire il y a dix ans, la malade commença à éprouver des malaises au creux épigastrique, des sensations de brûlure, de tiraillement, des crampes.

Elle eut à ce moment quelques vomissements aqueux et alimentaires qui survenaient irrégulièrement tous les huit jours et plus rarement.

Elle fut obligée depuis lors de surveiller son régime, remarquant elle-même qu'il y avait beaucoup d'aliments qu'elle ne digérait qu'avec peine. Se nourrissait presque exclusivement de blanquette de veau.

Ces malaises réapparurent d'une façon plus continue et plus violente, il y a sept mois environ, à la suite de chagrins et d'ennuis.

Objectivement. — Facies normal, aspect général bon quoiqu'il y ait un grand amaigrissement : la malade déclare avoir perdu 12 kilogrammes en dix mois ; la dentition est bonne, mais la malade dit manger très rapidement sans prendre le temps de mastiquer ses aliments.

Il n'y a pas d'état saburral de la langue. L'abdomen est proéminent à l'ombilic, tandis que le creux épigastrique est nettement déprimé.

Le foie s'abaisse un peu, on peut le remonter, ce qui soulage la malade. Sa face supérieure est devenue antérieure ; la matité hépatique commence à 2 travers de doigt au-dessus du rebord costal.

Matité épigastrique.!

Clapotage manifeste à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Vomissements survenant quatre ou cinq heures après les repas, presque toujours alimentaires.

Sensation d'eau sucrée à la bouche, la malade crache fréquemment.

Éructations fréquentes et sonores, sans goût caractérisé.

28 mars. — On procède à un nouvel examen de la malade, qui, depuis le 15 janvier avait été soumise à un traitement suivi. Port d'une ceinture, repas fixes, viandes pilées, bien cuites, pas de légumes crus, mastication lente, eau de Vichy.

La malade est allée tout à fait bien jusqu'à il y a quinze jours. Ses malaises étaient bien moins forts, mais elle n'a pas engraisié cependant.

Au mois de mars, à la suite de quelques ennuis, a eu de nouveaux malaises.

De suite après les repas et pendant les repas, gonflement de l'estomac avec sensation de malaise intense, elle est soulagée par quelques renvois.

Il semble bien aussi qu'il y ait un peu d'aérophagie.

On l'examine quatre heures après le repas de midi, la malade a des renvois nombreux.

On fait les mêmes constatations que la première fois.

Le tour de la taille pris au niveau de la 8^e côte est de 68 centimètres ; pas de déformation thoracique.

Le tour de l'abdomen à l'ombilic est de 72 centimètres. L'ombilic est à égale distance du pubis et de l'appendice xiphoïde : 14 centimètres de l'un et de l'autre.

Avant l'insufflation, la limite inférieure de l'estomac est à 7 centimètres au-dessus du pubis. La petite courbure ne se perçoit pas ; elle est masquée par le foie qui dépasse la ligne médiane et empiète sur le côté gauche.

On a un peu de péristaltisme.

Sur la ligne mamelonnaire on trouve une bande, de sonorité médiocre mais profonde, large de 4 à 5 centimètres, qui se continue avec la sonorité gastrique.

On introduit dans l'estomac 3 grammes de bicarbonate de soude et 2 grammes d'acide tartrique. On voit l'estomac se dessiner. La limite inférieure de sonorité est à 6 centimètres au-dessus du pubis. On ne peut voir la petite courbure qui est toujours sous le foie.

La sonorité latérale a 8 centimètres de largeur ; elle est nettement accrue.

Pas de rate mobile, ni de néphroptose.

Le sang est très décoloré, aspect anémique des téguments et des muqueuses.

Mais pas de signes de tumeur. Les borborygmes sont nombreux, la constipation a presque cessé.

OBSERVATION V (inédite).

Collection de M. le Dr Tournier, registre 3, p. 66.

M^{me} P..., habitant New-York, trente-deux ans (4 janvier 1899).

Pas d'antécédents héréditaires gastriques. Mère morte d'affection cardiaque. Une sœur morte d'une maladie du foie.

Dans l'enfance, rougeole, coqueluche, scarlatine.

Réglée à treize ans, a été anémique surtout à quinze, dix-neuf et vingt-quatre ans; elle a d'ailleurs toujours le facies pâle de l'anémie.

Elle se plaint d'avoir eu à ce moment-là quelques troubles digestifs peu accentués survenant plus spécialement une heure après les repas et consistant en quelques tiraillements d'estomac, parfois quelques brûlures et quelques renvois acides.

Ces troubles s'accompagnaient d'un peu d'état saburral le matin et d'un peu d'anorexie.

M^{me} P... a toujours eu une très mauvaise hygiène alimentaire, mangeait beaucoup de pâtisseries et de gâteaux.

Depuis de longues années elle porte un corset qui l'enserme fortement et lui fait la taille dite de guêpe.

Elle est habituellement constipée.

Mariée à vingt-sept ans, n'a rien eu de particulier dans sa santé jusqu'à vingt-neuf ans où elle a eu un accouchement difficile. Elle semble avoir eu quelque jours après de la fièvre : en tout cas, elle a présenté à ce moment un état psychique délirant qualifié par des idées fausses et des actes bizarres.

A guéri complètement, mais a gardé une fissure anale qui a ultérieurement guéri. }

En juin 1897, elle s'est aperçue, dit-elle, d'une chute de matrice pour laquelle elle a été soignée ainsi qu'en 1898.

En août 1898 ont commencé quelques troubles digestifs et intestinaux : elle a eu en effet, pendant quelques jours, une poussée pseudo-dysentérique de colite muco-membraneuse.

Depuis lors, l'état général a périclité.

On a porté à New-York le diagnostic d'ulcère de l'estomac et on a fait suivre un régime sévère.

Les malaises sont du type suivant : à jeun, sensation de vide au creux épigastrique ; une demi-heure à une heure après le repas, la malade a quelques éructations, parfois quelques aigreurs, des sensations de brûlure, des sensations douloureuses de toute sorte, de faiblesse générale, d'asthénie. Cet état dure quelques heures, puis tout disparaît.

Pas de vomissements. Un peu d'anorexie : la constipation persiste.

Objectivement. — Facies pale, état général médiocre, amaigrissement notable.

Dentiers artificiels. Léger état saburral de la langue.

Le foie paraît normal, la matité hépatique ne se trouve ni accrue, ni déplacée.

La palpation donne du clapotage au-dessous de l'ombilic et, par la percussion, on voit que la limite inférieure de la sonorité gastrique est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et que la limite supérieure se trouve à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal.

La percussion auscultée confirme tous ces renseignements.

Pas de douleur à la pression dans la région épigastrique.

Un repas d'épreuve donne une bouillie épaisse : acidité totale = 2.53.

Pas d'HCl libre par le Gunsbourg.

Réaction du vert brillant faible = vert pomme léger.

Excès de mucus sur le filtre.

Phase de l'achroodextrine.

Odeur butyrique.

La palpation permet encore de noter un spasme intense du côlon ascendant et un rein droit très mobile.

Rien au cœur ni aux poumons. Pas de stigmates hystériques. Les urines sont normales.

OBSERVATION VI (inédite).

Collection de M. le Dr Tournier, registre 1, page 448 ;
registre 2, page 32.

M^{me} M..., trente ans (octobre 1894).

Comme antécédents héréditaires, grand-père mort d'un carcinome d'estomac.

Mère bien portante. Sœur nerveuse et dyspeptique.

Rougeole et scarlatine dans l'enfance.

Excellente santé antérieure sans troubles digestifs, sans névropathie.

La maladie actuelle a débuté il y a un an par de l'inappétence.

Mai 1894. — Début des vomissements alimentaires ; la malade a été soignée par M. le Dr Cordier qui a constaté un abaissement de l'estomac.

Il a prescrit la ceinture de Glénard qui a fait cesser les vomissements pendant quelques semaines.

Puis les vomissements réapparaissent et prennent le caractère des vomissements de rétention. Elle a alors le syndrome clinique des sténoses du pylore.

Objectivement. — On constate un estomac dont la limite inférieure est à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic : la petite courbure est abaissée et est perceptible à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Clapotage manifeste.

A droite de la ligne médiane, on perçoit une petite tumeur grosse comme une noix, tumeur très mobile sous le doigt ; en la

faisant mouvoir, on peut arriver à la percevoir jusque dans la fosse iliaque droite.

On a nettement des mouvements péristaltiques visibles à travers la paroi.

13 octobre. — La malade étant à jeun depuis la veille, on retire des aliments de l'estomac : leur acidité totale est de 2,9.

15 octobre. — On fait un lavage de l'estomac ; le lendemain matin, on passe la sonde et on retire un peu de mucus qui ne renferme pas d'acide chlorhydrique : donc pas d'hypersécrétion.

Le même jour on donne un repas d'épreuve ; on retire une bouillie stomacale qui renferme de l'acide chlorhydrique combiné, mais pas d'HCl libre.

La malade a été soumise à un traitement demi-liquide, mais la sténose s'est accentuée.

En janvier 1895, la malade a été vue en consultation par M. le Dr Bouveret qui a constaté les signes de sténose du pylore.

On décide et fait accepter une intervention qui est faite le 17 février 1895, par M. Jaboulay.

On fait une gastro-entéro-anastomose avec le bouton de Murphy.

Le pylore est toujours mobile, on trouve deux nodules sur le pylore ayant le volume d'une noix et une petite masse sur l'épiploon.

L'opération est suivie de résultats médiocres ; la circulation gastro-intestinale ne s'est pas rétablie, on a du reflux biliaire dans l'estomac.

La malade meurt le 29 juin 1895, après avoir présenté une péritonite cancéreuse et des noyaux de généralisation dans le foie.

OBSERVATION VII (inédite).

Collection de M. le Dr Tournier, registre 1, p. 384.

M^{me} C..., trente-six ans (mai 1894).

Rien dans les antécédents héréditaires.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Réglée régulièrement depuis l'âge de quatorze ans.

Etant jeune fille a souffert de tiraillements et de crampes d'estomac, phénomènes qui se sont accentués il y a dix ans.

Mariée à vingt-quatre ans, a eu quatre enfants vivants et bien portants.

Depuis un an ou deux, état neurasthénique léger avec un sommeil agité, de la céphalée, des vertiges.

Les troubles gastriques se sont accrus, l'amaigrissement est considérable.

Les phénomènes douloureux surviennent assez régulièrement trois ou quatre heures après le repas de midi et après celui du soir. Ce sont des douleurs irradiées plus ou moins à tout l'abdomen mais partant de la région épigastrique, accompagnées de sensation de gêne, de réplétion, de tension gastrique.

Jamais de vomissements alimentaires.

Quelquefois la malade rejette par la bouche une quantité variant d'une cuillerée à soupe à un verre à vin, d'un liquide aqueux sans saveur et sans odeur.

Les douleurs disparaissent si la malade a le soin de s'étendre pendant plusieurs heures, immédiatement après le repas.

Objectivement. — Facies pâle et anémique, muqueuses décolorées, état général profondément amaigri : la langue est un peu saburrale. L'abdomen est saillant dans la région ombilicale, aplati légèrement au creux épigastrique. On perçoit du clapotage à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La grande courbure se termine assez nettement à ce niveau, grâce à quelques mouvements péristaltiques que l'on produit facilement par la friction de la peau à ce niveau.

La petite courbure est aussi abaissée et la percussion montre qu'elle siège à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

On ne sent aucune tumeur dans la région pylorique. Le foie ne paraît ni abaissé, ni augmenté de volume. Le rein droit quoique légèrement mobile ne paraît pas déplacé,

On ne perçoit pas la corde cœlique.

L'exploration par un repas d'épreuve montre qu'il y a une acidité totale très faible avec absence d'acide chlorhydrique.

On ordonne à la malade le port d'une ceinture, de la teinture de noix vomique, des frictions abdominales, un régime sévère, et l'amélioration se fait rapidement en l'espace de deux mois.

OBSERVATION VIII (inédite).

Collection de M. le Dr Tournier, registre 3, page 116.

M^{me} L..., trente-trois ans, institutrice (Drôme) (9 février 1899).

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels à relever dans l'enfance et l'adolescence. — N'était pas nerveuse ; digérait bien.

Mariée à vingt ans ; a eu une fillette bien portante. Depuis cette époque, a été légèrement nerveuse à la suite de son accouchement ; a eu pendant sept ou huit ans des tiraillements d'estomac lorsqu'elle était debout ; ne souffrait pas du tout assise ou couchée. Les tiraillements se manifestaient habituellement un certain temps après le repas, mais quelquefois elle les éprouvait en mangeant. — Aurait été guérie de ces malaises par une poudre qu'elle ne peut désigner.

Depuis son accouchement, elle était moins colorée, moins fraîche, avait un peu maigri ; ses règles étaient peu abondantes. Un peu de leucorrhée. Quelquefois un peu de constipation.

En somme, était assez bien portante et pouvait exercer sans fatigue sa profession d'institutrice.

L'été dernier, la malade a eu un peu d'anorexie pour la viande, sans autre symptôme.

Il y a six mois, à Marseille, après une promenade à bicyclette, elle fut prise de douleurs dans le côté gauche, sous les côtes ; ces douleurs, survenues brusquement, furent assez fortes pour qu'on dû la reconduire chez elle. Cinq à six jours après, elle commença à vomir et, depuis lors, tous les jours ou tous les deux jours, se produisent des vomissements alimentaires, le plus souvent dans l'après-midi, une à deux heures après le repas. Au dire de la malade, les aliments sont vomis non digérés, sans saveur et sans

beaucoup d'efforts. Après les vomissements, la malade a faim et se remet volontiers à manger.

Elle a maigri de 11 kilogrammes pendant ces quatre mois.

Après le repas, sensation de ballonnement et de pesanteur, mais pas de véritables douleurs. Jamais de vomissements de sang. Quelquefois des frissons après le repas.

Depuis quatre mois, constipation intense avec expulsion de glaires et de membranes. Les règles n'ont pas réapparu depuis le mois de décembre.

A l'examen objectif, on note l'état saburral de la langue; on voit, lorsque la malade est examinée couchée, une saillie très nette au niveau et surtout au-dessous de l'ombilic; la limite inférieure de l'estomac paraît être à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; on voit la petite courbure se dessiner au niveau de la dépression ombilicale. Ces constatations sont faites à l'aide du clapotage, de la percussion et de la vue de mouvements péristaltiques délimitant l'estomac.

Il existe une zone de sonorité assez large, qui remonte sous les côtes. On constate entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde une tumeur très mobile, du volume d'une petite noisette.

Pas de douleur à la pression.

L'intestin n'est pas perçu au palper. Pas de ganglions inguinaux ni sus-claviculaires.

Rien à l'utérus, au poumon, ni au cœur.

Sang très décoloré. Souffle veineux vasculaire au cou.

Urines rares, renfermant un anneau assez net d'albumine.

Les tiraillements ont eu un début brusque, trois semaines après l'accouchement, pendant une course en voiture. La crise a été très douloureuse, arrachant des cris à la malade; on a dû faire arrêter la voiture.

10 février 1899. — Repas hier, à 3 heures de l'après midi. La malade a vomi ce matin à 7 heures. Cependant, à 9 heures, on retire encore de son estomac 500 grammes de bouillie sans odeur, d'acidité totale = 2,55, avec HCl libre (réaction faible).

Vert brillant = vert pré.

Phase de l'érythrodestrine.

Pas d'acide lactique ; pas d'acide de fermentation.

Pas d'excès de mucus sur le filtre.

Dans l'après-midi, on retire un repas d'essai (pain, 120 grammes; viande; 80 grammes; eau, deux verres ordinaires) ingérée depuis deux heures.

490 grammes de bouillie sont retirés.

Acidité : 1,825.

Pas d'HCl libre.

Très légère réaction du vert brillant.

Acide lactique.

Phase de l'érythrodeuxine.

Nouvel examen de l'estomac : on constate encore la poche ombilicale décrite et des ondes péristaltiques; on sent à nouveau la petite tumeur. Traitement institué.

6 avril 1899. — La malade est revue. Le traitement a été incomplètement suivi pendant une à deux semaines, au point de vue du repos au lit. Depuis le début du traitement, la malade n'a plus vomi ni souffert. Son poids a augmenté de 8 kg. 500; il est actuellement à peu près normal : 56 kilogrammes.

Elle a mangé ces jours-ci comme tout le monde, parce qu'elle n'était pas chez elle, et n'a eu cependant ni vomissement ni douleurs. La constipation a cessé. Les règles n'ont pas réapparu.

Sang beaucoup moins pâle, mais encore un peu décoloré.

Pas d'albumine dans l'urine.

La malade a beaucoup d'appétit et déclare pouvoir manger chaque jour deux douzaines d'œufs.

Repas d'essai analogue au précédent (pain, 120 grammes; viande, 80 grammes; eau, deux verres). Deux heures après, on constate la saillie ombilicale et sous-ombilicale s'accroissant dans la station debout; quelques mouvements péristaltiques visibles, provoqués par la percussion, non spontanés; la grande courbure descend à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; la petite courbure forme un V dont le sommet est exactement sous l'ombilic.

Légère bande de sonorité sous-costale, large de trois travers de doigt à peu près.

Ombilic situé à 15 centimètres du pubis ; à 11 centimètres de l'appendice xiphoïde.

Périmètre thoracique mesuré sur la face antérieure au niveau de la 8^e côte = 72 centimètres.

Périmètre mesuré au-dessus des côtes, un peu au-dessus de l'ombilic = 67 à 68 centimètres ; mesuré à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic = 77 centimètres ; ce dernier atteint 79 à 80 centimètres dans la station debout.

L'estomac étant en état de tonisme, on ne parvient pas à sentir la petite tumeur constatée précédemment.

On passe la sonde et on retire avec difficulté 15 à 20 grammes de bouillie stomacale assez épaisse, qui donne les réactions suivantes :

Acide totale = 2,19.

Le réactif de Günsbourg ne donne pas la réaction d'HCl.

Le vert brillant donne une réaction faible.

L'acide lactique existe en petite proportion.

Phase de l'achroodextrine.

OBSERVATION IX

(Collection de M. le D^r Tournier, registre 3, page 216.)

M^{me} F..., cinquante et un ans (31 mars 1899).

Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé antérieure.

Un frère atteint d'épilepsie traumatique.

Réglée à vingt ans. Mariée à vingt-deux ans ; a eu deux enfants très bien portants.

De trente à quarante ans, elle a eu quelques malaises d'estomac survenant un peu tardivement après les repas ; quelquefois sensation de brûlure pour laquelle la malade consulta un médecin à deux ou trois reprises.

Ménopause il y a un an.

Au mois de juillet 1898, la malade ayant travaillé pendant plusieurs heures à semer des pommes de terre, en restant courbée en

avant et portant dans son tablier des pommes de terre qui appuyaient sur le ventre, commença le soir même à souffrir au niveau de l'épigastre et dans le dos. Quelques jours après, phénomènes douloureux assez accusés pour obliger la malade à s'aliter. Elle a gardé le repos au lit pendant plusieurs semaines, souffrant toujours un peu. En septembre et en décembre, nouvelles périodes de repos au lit.

Amaigrissement notable à ce moment.

En janvier, la malade, sur les conseils d'une autre malade, a pris du bicarbonate de soude qui l'a beaucoup soulagée : elle a pu se lever et engraisser.

Depuis quelques semaines, nouveaux phénomènes douloureux ; la malade vient consulter.

Le syndrome a été et est en somme actuellement le suivant : le matin, quelques sensations de brûlure à l'estomac calmées par le petit repas ; mais une heure après celui-ci surviennent quelques éructations, quelques phénomènes douloureux dans le dos, les reins, le ventre, quelquefois un peu de brûlure à l'estomac. Les douleurs sont calmées par le repas de midi. Puis une ou deux heures après, le syndrome réapparaît plus intense, avec régurgitations acides. Après le repas du soir, nouvelle apparition du syndrome. Au début des accidents gastriques, la malade a été constipée et a remarqué la présence de glaires dans ses selles.

Au moment de son repos au lit, elle ne pouvait, dit-elle, rester levée « à cause que ça fatiguait son estomac » ; elle ne vomissait pas, mais le goût des aliments lui revenait à la bouche après le repas.

Dans ces derniers jours, un peu de diarrhée par cœlite probablement pseudo-dysentérique.

Le facies est pâle, un peu jaunâtre. Le sang est un peu décoloré. Appétit un peu diminué, mais a toujours persisté.

Examen de la malade couchée :

Ventre proéminent au-dessous de l'ombilic ; ligne supérieure de sonorité en forme de V à branches assez largement ouvertes, descendant jusqu'à l'ombilic ; grande courbure située à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis.

L'estomac, en tonisme, se dessine sous la paroi; il est assez visible. Pas de clapotage. Mouvements péristaltiques peu nets; légères ondulations. Bande latérale mammaire de sonorité profonde, de trois doigts de largeur seulement.

Vers la région pylorique, légère induration?

Côlon ascendant et côlon descendant en état de spasme; peu de douleur au palper.

Ces constatations ont été faites cinq à six heures après un repas.

Le foie est normal. Rien au cœur ni au poumon. Nervosisme modéré. Rien au toucher vaginal ni au toucher rectal.

Urines foncées avec anneau net d'albumine. Pas de sucre.

Le lendemain, 1^{er} avril, à jeun, on retire avec la sonde 50 à 60 grammes de liquide jaunâtre, teinté par un peu de bile, avec un peu d'HCl libre et combiné (acidité totale = 2,55). La malade est examinée couchée : on n'a plus l'estomac proéminent à l'ombilic; on perçoit bien la corde cœlique en état de spasme.

On insuffle l'estomac avec la bouche. On a très nettement une saillie ombilicale; la petite courbure est à l'ombilic; la limite inférieure est à 4 centimètres au-dessus du pubis; la bande de sonorité costale apparaît large de 4 centimètres seulement.

On a, vers le pylore, comme une légère sensation de rénitence, comme un cordon un peu allongé (pylore, pancréas).

Battements épigastriques nets.

Un peu de douleur à la pression du pylore.

Rein droit mobile; foie un peu abaissé.

Un repas d'essai n'a pu être retiré en raison du spasme du cardia; le tube de Faucher paraît ne pas pénétrer dans l'estomac et s'arrêter cependant à une distance telle que l'on doit songer à un abaissement du cardia.

OBSERVATION X (inédite).

(Collection de M. le D^r Tournier, registre 2, page 363).

M^{me} M..., vingt-cinq ans, employée de magasin (septembre 1898).

Pas d'antécédents héréditaires.

Dès l'enfance, un peu nerveuse, impressionnable, besoin de mouvements.

Réglée régulièrement depuis quatorze ans.

Mariée depuis quatre ans, a eu un enfant il y a trois ans qui est mort à l'âge de seize mois. Pas de grossesse ultérieure.

Utérus légèrement abaissé, paraît normal. La trompe gauche est perçue légèrement tuméfiée.

Pas de crises hystériques ni de stigmates. Pas d'insomnie ni de stigmates neurasthéniques. Elle est peureuse et pleure souvent.

A eu dans l'enfance la rougeole et la scarlatine.

Elle digérait bien, était peu constipée, aurait été chlorotique à quatorze ans et avait présenté à ce moment quelques troubles digestifs.

En 1892, pendant huit jours, a souffert au creux épigastrique et a dû garder le lit : elle restait pliée en avant à cause de la douleur et elle vomissait tout ce qu'elle prenait. Depuis cette époque a été constipée.

Déjà, avant sa grossesse, avait le ventre un peu ballonné.

Pendant sa grossesse a eu très gros ventre.

Depuis l'accouchement, constipation opiniâtre : ventre ballonné, surtout après les repas : elle éprouve une sorte de pesanteur et un léger état ébrieux. Le soir, elle ne peut manger que très peu. Les malaises se sont accentués depuis six mois.

Depuis deux mois, elle a de l'anorexie, elle mange très peu et le ballonnement est encore plus considérable après les repas ; elle ne vomit pas.

Depuis huit jours, un peu de ptyalisme.

Objectivement. — Ventre volumineux, tympanique, abaissé en totalité.

Il n'existe pas de sonorité sous-costale, pas de glou-glou, clapotage sous-ombilical.

La grande courbure se voit à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; on la délimite par le clapotage et la succussion auscultée.

En raison du tympanisme, on ne voit pas les limites de la petite courbure : elle paraît être à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Spasme du côlon ascendant.

Rein droit un peu mobile.

Rien au cœur ni au poumon.

Chimisme stomacal. — On extrait difficilement une petite quantité de bouillie stomacale avec des parcelles de viande inattaquées.

L'acidité totale = 1,46.

Pas d'HCl libre.

Odeur butyrique.

Acide lactique positif.

Erythrodextrine.

Excès de mucus.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

L'observation I est un cas, en somme, type de gastropse pure sans déplacement concomitant du foie : seul le rein droit, ainsi que c'est presque la règle, se trouve en néphropsse légère. Les signes cliniques sont nets et le syndrome de la gastropsse, avec ses diverses périodes, y est à peu près au complet.

Dans l'observation II, nous trouvons à la fois un abaissement de l'estomac et un abaissement du foie sans que l'on puisse dire lequel des deux est primitif ou s'ils sont simultanés. L'on peut toutefois affirmer que la mauvaise dentition, amenant une difficulté plus grande de la digestion, doit intervenir comme un facteur étiologique important dans la production de cette dislocation. La psse s'est d'ailleurs accentuée par le fait de l'obésité qui a relâché les parois abdominales.

Voici la façon dont on peut interpréter l'observation III : Le développement thoracique de cette malade étant imparfait, le foie s'est développé latéralement, repoussant ainsi l'estomac qui s'est secondairement psé. De plus, comme cette malade est une hystérique, elle a gardé toute sa vie sa déformation en en exagérant pour ainsi dire la symptomatologie. Consécutivement, il s'est produit un peu d'atonie gastrique et des acides de fermentation.

L'on doit faire intervenir chez la malade de l'observation IV, comme cause étiologique de son affection, le surmenage, la mauvaise mastication et surtout le traumatisme que l'on note dans ses antécédents. Les phénomènes gastriques sont en somme accrus par le fait de l'état névropathique concomitant.

L'observation V est un cas bien net de gastropse qui paraît avoir succédé à un catarrhe gastrique douloureux avec hyperesthésie de la muqueuse : cette affection primitive ayant pour cause la mauvaise hygiène alimentaire de cette malade.

La malade de l'observation VI présente manifestement le syndrome d'une gastropse consécutive à une sténose cancéreuse du pylore, sténose qui, par le fait de la rétention alimentaire et des troubles gastriques qui en dépendent, produit très fréquemment outre une énorme dilatation stomacale, un abaissement total de l'estomac.

L'observation VII est encore un cas de gastropse à peu près pure avec simplement un léger état neurasthénique surajouté. Elle est le type des cas dans lesquels un traitement rationnel amène une amélioration rapide.

La seule particularité de cette observation est l'absence d'acide chlorhydrique dans la sécrétion gastrique.

La malade de l'observation VIII est atteinte d'une sténose organique du pylore (au palper induration du volume d'une noisette). Dilatation d'estomac avec ptose. Mobilité du pylore qui est déplacé par la ptose gastrique. Rétention alimentaire. Diminution sans suppression de la sécrétion chlorhydrique. La malade a en même temps de la colite muco-membraneuse.

L'observation IX est un exemple d'apparition brusque des phénomènes douloureux à la suite d'efforts. La ptose gastrique qui paraît s'être établie rapidement, est considérable, la limite inférieure de l'estomac allant presque au pubis. La sécrétion gastrique ne paraît pas altérée.

Observation X : catarrhe stomacal consécutif à la ptose dont la période de formation a débuté au moment de la chlorose, a eu une recrudescence en 1892, puis a fait une association de catarrhe gastrique, d'anachlorhydrie et de ptose.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

On a donné de très nombreuses descriptions de la gastropiose et les auteurs sont presque tous d'accord sur l'importance et la valeur des signes que l'on observe. Nous devons tout d'abord faire remarquer qu'à un abaissement total de l'estomac ne correspondra pas toujours le même tableau clinique. Ainsi une dislocation stomacale consécutive à une sténose du pylore ne fournira à l'étude clinique d'autres signes que la constatation objective de l'abaissement des deux courbures, les autres symptômes qui devraient se manifester étant masqués plus ou moins par l'occlusion pylorique et par la cause de cette occlusion.

De même, si la gastropiose est consécutive à une compression due à l'hypertrophie ou à une tumeur du lobe gauche du foie, ou encore à un très grand épanchement pleural, la symptomatologie pourra être fruste.

Nous devons aussi tenir compte, dans l'observation clinique des malades, de l'hystérie ou de la neurasthénie fréquemment surajoutées aux désordres gastriques, qu'elles exagèrent parfois. Aussi est-il difficile de donner une symptomatologie précise et bien nette de cette affection ; ici, comme dans toute étude de pathologie clinique, il importe de considérer des malades plutôt que des maladies, des gastropiosés plutôt que des gastropioses.

Période de formation. — Dans les formes de ptose gastrique que l'on pourrait décrire comme essentielles, en ce sens qu'elles sont le fait essentiel et dominant, une étude attentive des observations permet de diviser en trois périodes l'évolution de la maladie : une période de formation, une période de latence et une période d'état ; dans les nombreuses observations dont nous avons pris connaissance, nous les avons constamment trouvées et d'autant plus nettes qu'il s'agissait de gastrophtoses plus pures.

Aucun des auteurs qui se sont occupés de la question ne les a encore séparées bien nettement, et cependant, dans tous les cas où un interrogatoire méthodique a été fait et relaté, on trouve qu'à une époque antérieure souvent de plusieurs années au début de l'état actuel, la malade a ressenti des crampes d'estomac, des tiraillements épigastriques et abdominaux, des sensations de chute dans le ventre analogues à celles que décrivent les malades atteintes de rein flottant. Ces divers phénomènes, accompagnés parfois de troubles de la digestion proprement dite, se manifestent à la suite soit d'ennuis, d'émotions, de chagrins, soit de traumatismes ou d'autres causes occasionnelles.

Il est pourtant des cas où cette première période, qui date parfois de l'enfance, n'est pas manifestée aussi nettement. Il semble alors que les premières sensations douloureuses se continuent sans rémission avec la période d'état de l'affection. Ces cas se rapportent presque toujours à des neurasthéniques, à des hystériques avérées et il devient alors difficile de dégager parmi les troubles nombreux que décrivent les malades ceux qui sont dus au début de la gastrophtose.

En analysant attentivement une quinzaine d'observations recueillies par M. le professeur Bourget (de Lausanne) et quelques-unes de Kretz, nous avons presque toujours relevé dans les antécédents de la malade cette première période : elle existe aussi bien nettement dans les quelques observations que nous publions et M. le Dr Tournier nous affirme l'avoir toujours trouvée depuis qu'il la recherche avec soin. Dans la première elle remonte à seize ans, à vingt ans dans la deuxième, à quinze ans dans la troisième, à cinq ans dans la quatrième, à huit ans dans la cinquième, à dix-huit ans dans la septième, à sept ans dans la huitième.

Nous pensons que ces premiers phénomènes douloureux doivent être rattachés à une période de formation de la ptose stomacale : celle-ci peut ensuite aller en s'accroissant de plus en plus jusqu'à son complet développement ou rétrocéder d'une façon à peu près complète.

Période de latence. — Entre cette première période et celle où les troubles digestifs bien accusés amènent la malade chez le médecin, il existe habituellement un intervalle assez long qui n'est marqué par aucun symptôme appréciable. Aussi appellerons-nous cet intervalle : période de latence.

Mais d'autres fois on note de nouvelles poussées douloureuses dont la durée variable est de quelques jours à plusieurs semaines, après quoi tout rentre dans l'ordre pour un temps plus ou moins long.

On pourra nous objecter que ces premiers signes apparus sont fréquemment observés dans les antécédents de nombre de sujets atteints d'affections diverses : nous

répondrons que jamais on ne les trouve aussi nets, aussi évidents chez des malades indemnes de dislocation stomacale. Hâtons-nous d'ajouter qu'ils ne sont pas pathognomoniques de l'affection qui nous occupe ; ils sont fréquents dans la dislocation verticale et dans l'élévation de l'estomac. D'ailleurs, on conçoit facilement que l'estomac ne saurait en très peu de temps se déplacer d'une façon considérable et que tout changement dans sa position, si léger soit-il, influe sur la progression de son contenu et détermine quelque trouble digestif et quelque phénomène douloureux.

Période d'état et d'association morbide. —

Étudions maintenant les signes autrement importants de la période d'état ; ils sont les uns objectifs, les autres subjectifs et se complètent les uns par les autres. Quoique moins importants que les premiers, les symptômes décrits par les malades ne doivent pas être négligés ; ceux que nous pouvons mettre en relief varient avec l'individu, avec son nervosisme, avec les affections causales ou concomitantes.

En règle générale cependant, dans la gastropse, les phénomènes douloureux sont des phénomènes abdominaux.

Les auteurs ont bien décrit des vertiges, des palpitations, de la dyspnée, des bouffées de chaleur au visage, tous phénomènes qui surviennent à un moment quelconque de la digestion ; mais à notre avis ce sont là des raretés dans la gastropse et il s'agit dans ces cas de refoulement en haut plutôt que d'abaissement de l'estomac.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de décrire les symptômes avec leur succession dans la journée du malade. La matinée n'est ordinairement troublée par aucune douleur, aucune fatigue; d'autres fois on note dès le moment du lever une sensation de vide abdominal (chute dans le ventre); la bouche est mauvaise, pâteuse et amère. Cet état persiste encore une heure ou deux après le petit déjeuner; à ce moment apparaît le tonisme gastrique, la sensation de réplétion, la tension épigastrique ou mieux péri-ombilicale, les tiraillements, les crampes, les douleurs lancinantes ou contuses ou analogues à des brûlures, s'irradiant à droite et à gauche, dans les lombes, rarement dans les cuisses. En même temps surviennent des éructations bruyantes, sans saveur, des borborygmes intestinaux et parfois des bruits comparés par les malades à celui que produit un courant d'eau.

Les vomissements, presque toujours alimentaires, se produisent à des intervalles assez longs. Souvent les malades signalent des sensations d'eau à la bouche, d'eau légèrement sucrée ou douceâtre; elles peuvent rejeter, en effet, une quantité de liquide qui varie de quelques cuillerées à un verre; il ne s'agit pas là de vomissements vrais, au sens habituel du mot, mais plutôt de crachements abondants qui se font sans effort. La plupart des observations signalent ce fait. M. le Dr Tournier nous dit l'avoir observé régulièrement depuis qu'il le recherche, et nous l'avons trouvé décrit dans la thèse de Poltovicz.

Ces divers phénomènes persistent généralement jusqu'au repas de midi; à ce moment il arrive parfois que l'ingestion de nouveaux aliments calme les douleurs; la malade, dont l'appétit est resté bon, fait un repas assez copieux et

n'en éprouve aucun malaise. Mais trois ou quatre heures après on assiste à la réapparition des symptômes que nous avons décrits, se succédant dans le même ordre et, semble-t-il, avec une intensité d'autant plus grande que l'alimentation a été plus abondante.

Il en est de même après le repas du soir.

Il peut arriver, comme dans un de ces cas que nous publions, que la malade soit soulagée par l'ingestion d'une petite quantité de lait chaud pris dès le début des douleurs, alors que la crise douloureuse n'est point empêchée par cette ingestion faite avant son début.

Plus souvent la malade a remarqué que la compression forte de l'abdomen avec les mains ou au moyen de linges chauds, le fait de se courber en avant et de se plier en deux calment les douleurs. Un autre fait observé et bien décrit par les auteurs, que nous avons rencontré dans la généralité des cas, c'est l'absence complète des douleurs chaque fois que la malade a le soin de s'étendre sur un lit ou une chaise longue pendant quelques heures immédiatement après le repas. Quelques-unes de nos malades nous ont déclaré spontanément qu'elles ne souffraient jamais le soir quand elles se couchaient de très bonne heure après avoir mangé.

Les phénomènes douloureux ne débutent pas toujours tardivement après le repas; il est des cas, très rares il est vrai, où l'ingestion des aliments détermine immédiatement des sensations de brûlure et de réplétion; d'autres fois, c'est seulement une demi-heure ou une heure après que débute la crise.

Nous avons encore à noter des troubles intestinaux; de la constipation plus ou moins tenace, interrompue dans

certains cas par de grandes débâcles pseudo-dysentériques de côlite muco-membraneuse. Les selles sont rares, pénibles, ne sont obtenues qu'à l'aide de lavements; les fèces sont dures, noirâtres ou grises, accompagnées de glaires ou de débris pseudo-membraneux.

L'appétit peut être conservé; les malades déclarent avoir faim dès qu'elles viennent de vomir et recommencent à manger. Mais, plus généralement, peu à peu, la digestion étant longue et difficile, l'état général s'affaiblit en même temps que l'appétit devient inconstant, variable: nous avons trouvé des cas où l'anorexie était devenue à peu près complète. Il est des aliments que les malades ne peuvent plus digérer: la salade, les mets épicés, la viande rôtie; quelques-unes se nourrissent presque exclusivement de certaines sauces (une de nos malades vivait surtout de blanquette de veau); d'autres ont un dégoût marqué pour le lait qu'elles supportent difficilement.

Tels sont les divers phénomènes subjectifs observés dans les cas de gastropse. Mais quel est leur mode de début?

Généralement le syndrome que nous avons décrit s'établit peu à peu, sans brusquerie, pour ainsi dire insidieusement. Les douleurs deviennent progressivement plus vives, plus continues; elles surviennent plus régulièrement après chacun des repas, alors qu'elles n'avaient apparu tout d'abord que par crises et par périodes plus ou moins éloignées. Puis l'appétit diminue, quelques vomissements se produisent surtout au moment où, par suite du profond abaissement de l'estomac, s'est fait brusquement une courbure de la première portion du duodénum entraînant une occlusion plus ou moins complète; l'état général

périclite, l'amaigrissement fait des progrès rapides et l'on assiste à l'apparition d'une cachexie presque analogue à celle qui caractérise les néoplasmes.

Il est cependant des cas où les symptômes s'installent d'une façon rapide, brutale et se manifestent dès le début avec toute leur intensité. Il en est ainsi dans deux de nos observations, la IV et la VIII : les douleurs sont apparues à la suite d'un violent effort ou d'une course en voiture, brusquement, comme s'il s'agissait d'une luxation totale de l'estomac.

Examen objectif. — Quelle que soit l'importance des signes que nous avons passés en revue jusqu'ici, ceux que fournit l'examen objectif des malades ont une signification peut-être plus nette et plus précise.

Les progrès récents dans la technique des observations cliniques, en modifiant nos connaissances sur la pathologie de l'estomac, ont donné aux signes objectifs de ces affections, depuis une quinzaine d'années, une importance considérable dans la symptomatologie et le diagnostic.

Aussi croyons-nous utile d'exposer sommairement les divers procédés d'exploration physique de l'estomac, en les appliquant à l'affection qui nous occupe et en essayant de faire ressortir leurs avantages et leurs inconvénients.

Inspection. — Les malades sont en général amaigries; elles ont perdu plusieurs kilogrammes en quelques mois; leur teint est pâle, légèrement bistré; les traits sont tirés, avec des plis naso-géniens très accentués. Les muqueuses sont décolorées; on note constamment un

léger état saburral de la langue qui est étalée et blanchâtre. La denture est généralement mauvaise.

On peut observer aussi des déformations thoraciques dont les plus importantes sont celles dues au port du corset.

Ces déformations, souvent peu prononcées, peuvent passer inaperçues et doivent être soigneusement recherchées; aussi, faut-il, suivant l'expression de M. Hayem, « surprendre la malade en flagrant délit et dès le premier examen, alors que, n'étant pas prévenue, elle se présente au médecin sans avoir modifié ses habitudes, on lui fait retirer son corsage et on examine comment le corset est mis, à quel niveau il comprime le thorax et quel aspect le ventre prend sous son influence ». On peut noter aussi de l'aplatissement épigastrique, du gonflement péri-ombilical beaucoup plus accentué lorsque la malade est debout, et de l'évasement par en bas avec élargissement de la moitié inférieure du ventre.

Palpation. — La palpation de l'abdomen et de la cavité gastrique en particulier, admirablement décrite par Glénard, permet d'explorer la situation du foie, de l'estomac, de la rate, des reins, et de reconnaître si ces organes ont leur volume normal ou s'ils sont plus ou moins déplacés.

La néphroptose droite est presque la règle et très souvent aussi on trouve le foie déplacé, soit en bas, soit transversalement chez les gastroptosées. Il est même des cas assez nombreux où la situation du lobe gauche du foie empêche presque absolument de percevoir la petite courbure.

Il n'existe pas ou presque pas de modification de la

sensibilité stomacale à la pression ; parfois, cependant, un peu d'hyperesthésie cutanée due plutôt au nervosisme concomitant qu'à la gastropse elle-même.

Le premier phénomène qui frappe l'observateur est l'état de tension et de tonisme de la paroi gastrique : il semble à la main qui palpe que l'estomac est fortement contracté.

On observe aussi d'une façon à peu près constante du clapotage gastrique. On l'obtient en déprimant vivement la paroi stomacale, ce qui détermine, parfois, un bruit comparable, selon l'expression de M. Bouveret, à celui qu'on obtient en agitant une bouteille à demi pleine d'eau. On peut compléter utilement la recherche du bruit de clapotage par celle du bruit de succussion, que l'on met en évidence en secouant assez fortement le tronc, saisi au niveau des dernières côtes.

A des intervalles plus ou moins éloignés, on peut voir se dessiner, soit spontanément, soit à l'aide de pressions ou de frictions de la paroi abdominale, une saillie globuleuse qui naît sur le côté gauche de l'ombilic, se déplace assez rapidement pour gagner la ligne médiane et l'hypocondre droit. Quelquefois, l'estomac se contracte en masse comme un utérus gravis ; c'est là un phénomène que Cruveilhier a décrit et donné comme signe de sténose pylorique en 1852. Mais l'ondulation péristaltique de l'estomac a été seulement mise en lumière par Kussmaul, en 1880. Ces ondes sont parfois si nettes qu'elles permettent, dans les cas de gastropse un peu forte, de reconnaître non seulement le siège de la grande courbure, mais aussi celui de la petite.

Percussion. — On arrive d'ailleurs assez facilement à

voir quelle est la limite supérieure de la cavité gastrique en percutant légèrement de haut en bas, depuis les dernières côtes jusqu'à l'ombilic. Cette limite peut siéger habituellement depuis 4 centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'à l'ombilic lui-même. La limite inférieure, qu'on reconnaît facilement en percutant de bas en haut pour mieux différencier le tympanisme intestinal de la sonorité gastrique, se trouve toujours au-dessous de l'ombilic, en un point quelconque de la ligne ombilico-pubienne ; il est même des cas où, comme dans notre observation III, elle arrive presque jusqu'au pubis. Quoique les ptoses sans dilatation soient rares, il est des cas où la distance entre les deux courbures est la même que normalement : c'est alors un bon moyen de diagnostic.

Certains auteurs ont décrit dans la gastropiose une zone de matité siégeant immédiatement au-dessous des côtes et correspondant normalement à la limite supérieure de l'estomac. Ils l'expliquent par l'abaissement de l'estomac qui permet au pancréas de faire saillie en avant ; nous n'avons pu retrouver, sauf une fois ou deux, cette zone de matité, ni sentir nettement le pancréas ; c'est aussi l'avis de M. Tournier. Il n'en est pas ainsi des battements aortiques que l'on perçoit généralement très bien. Dans notre neuvième observation, on trouve bien notée une petite induration allongée qui aurait pu être prise pour le pancréas ; il s'agissait plutôt, croyons-nous, d'un spasme pylorique ou d'une cicatrice d'ancien ulcère.

Il est encore une modification de la sonorité gastrique qui, d'après M. Tournier, a une importance capitale dans la symptomatologie de la gastropiose et pour son diagnostic avec les autres déplacements de l'estomac ; nous

voulons parler d'une zone que certains auteurs ont appelée sous-mammaire, que M. Tournier appelle « *sous-cardiaque-hépatique* » et qui commence à l'endroit où normalement on perçoit bien la sonorité de la grosse tubérosité. En cette région existe, à l'état normal, une bande sonore de la largeur de la main ; l'étendue de cette bande est augmentée quand l'estomac est déplacé vers le haut ; au contraire, dans l'affection qui nous occupe, elle est réduite à deux ou trois travers de doigt et encore n'obtient-on qu'une sonorité médiocre et profonde, contrastant avec la sonorité superficielle normale.

Auscultation. — L'auscultation peut nous donner quelques renseignements ; elle révèle les bruits de gargouillement gastrique. Certains auteurs ont décrit comme signe de la gastropiose le bruit de glouglou spontané ; c'est là, croyons-nous, une erreur ; ou, du moins, jamais on ne perçoit ce bruit aussi net, aussi spontané et rythmé par la respiration que dans la dislocation verticale. Il est des cas, cependant, où l'on peut le provoquer légèrement en comprimant la base du thorax, relevant le foie et percutant la région gastrique.

On a proposé, dans ces derniers temps, d'unir la percussion à l'auscultation. Bianchi, de Parme, et Bendeski, de Kiev, ont proposé un instrument, appelé par Bianchi phonendoscope.

Il est encore un autre moyen d'utiliser les données de l'auscultation : c'est le procédé que M. Tournier emploie depuis sept ans : on imprime au tronc du malade placé dans le décubitus dorsal des mouvements rapides analogues à ceux qui servent à la recherche du bruit de succussion ; en même temps, on approche l'oreille tout

près de la paroi abdominale et, en notant au crayon les différents points où l'on perçoit nettement un bruit de claquement, on délimite d'une façon précise le siège de la grande courbure jusqu'au pylore.

Ainsi, grâce à des procédés en somme faciles d'exploration, l'on peut arriver à fixer assez nettement la situation de l'estomac et son degré de déplacement. Mais il est encore d'autres procédés qui permettent de compléter utilement les données fournies par les méthodes courantes d'examen : nous voulons parler de la distension artificielle de l'estomac et de l'éclairage artificiel de sa cavité.

Distension artificielle de l'estomac. — Nous ne citerons que pour mémoire la distension par l'eau préconisée par Piorry et vulgarisée par Penzold en 1877. Les résultats obtenus par cette méthode restent bien loin derrière ceux de la distension de l'estomac par les gaz. L'emploi des poudres effervescentes est certainement de tous les moyens le plus pratique, surtout en clientèle, et l'on persuade plus facilement d'absorber deux cachets, l'un de bicarbonate de soude et l'autre d'acide tartrique, que de se prêter à l'introduction d'une sonde stomacale. Il suffit de 3 grammes de bicarbonate et de 2 grammes d'acide tartrique.

Néanmoins l'insufflation buccale, préconisée par Poltowicz et fréquemment employée par M. Bouveret, l'insufflation à l'aide de l'appareil de Richardson employée par Rüneberg, le double flacon de Jaworsky ou les deux ballons jaugés au préalable comme le préconise Langhe-rans peuvent rendre de grands services.

Ces divers moyens ont l'inconvénient de n'être pas d'un emploi très facile et le plus grand reproche qu'on leur ait

fait est celui de distendre trop fortement l'estomac. Certains auteurs, entre autres Rosenfeld, de Breslau, et Meltzing, de Vienne, ont prétendu qu'un estomac ainsi gonflé est forcément en gastropiose, c'est-à-dire que la partie pylorique est située plus profondément qu'elle ne l'est en réalité ; mais ce reproche est peut-être immérité, car une distension moyenne ne saurait abaisser beaucoup l'estomac.

Le siège de la limite inférieure que l'on obtient à l'aide de l'insufflation est à peu près le même que celui indiqué par la percussion et la palpation. Il y a cependant un léger abaissement de la zone de sonorité gastrique. En tout cas, les résultats de la distension artificielle sont parfaitement comparables entre eux. C'est surtout chez les malades amaigris que les données de la méthode sont précises ; la grande courbure se dessine avec netteté et, si l'estomac est abaissé, la petite courbure apparaît également plus ou moins profonde, généralement au-dessus du niveau de l'ombilic.

A côté de ces diverses méthodes d'insufflation, il en est d'autres qui consistent à palper l'estomac après avoir préalablement introduit dans sa cavité une sonde suivant la grande courbure. Leube, qui eut le premier cette idée, employait une sonde rigide. Plus tard, Boas, reconnaissant le danger de l'introduction d'une tige inflexible dans la cavité gastrique, se servit d'une sonde molle en caoutchouc rouge, analogue à celle de Nélaton. D'après lui, « la connaissance du chemin que suit la sonde n'est possible que chez les personnes qui ont la grande courbure située profondément, et encore faut-il que les parois abdominales soient minces et flasques ; on sent la sonde

contourner la grande courbure jusque vers la partie du *fundus minor* (petite tubérosité), puis on la sent filer vers le pylore jusqu'à ce qu'elle se perde sous le bord du foie ». Mais, plus loin, prévoyant le reproche qu'on allait lui faire de ne pouvoir par ce procédé reconnaître la limite supérieure de l'estomac, il ajoute : « Seule, l'insufflation maxima indique le lieu où se trouve la petite courbure. » Il est vrai que Boas admet que les estomacs dont la grande courbure, dans la station debout et l'organe étant vide, est placée au-dessous de l'ombilic et qui ne sont pas ptosés, sont une rareté.

Nous avons eu seulement dans deux cas recours à la distension artificielle de l'estomac. Dans l'observation IV, nous avons fait prendre à la malade 3 grammes de bicarbonate de soude et 2 grammes d'acide tartrique : la grande courbure s'est montrée à 6 centimètres au-dessus du pubis ; mais l'abaissement du foie et son développement latéral empêchaient totalement de voir la limite supérieure de l'estomac. Nous avons insufflé, par la méthode de Poltowicz, la malade de l'observation IX et nous avons trouvé la grande courbure à 4 centimètres au-dessus du pubis et la petite au niveau de l'ombilic.

Gastrodiaphanie. — Max Einhorn, en 1889, reprenant sur l'homme les expériences que Milliot avait faites sur les animaux en 1867, employa la gastrodiaphanoscopie pour reconnaître la situation de l'estomac. Ce procédé fut aussi employé par Heryng, Reichmann, Küttner, Jacobson et Revitzoff de Moscou. Il consiste à porter jusque dans l'estomac une source lumineuse assez intense pour que ses rayons traversent la paroi abdominale et permettent de reconnaître par transparence la situation et les contours

de l'organe. Mais Martins de Rostock, à l'aide de ce procédé, a trouvé que l'estomac sain et vide descendait légèrement au-dessous de l'ombilic et que, lorsqu'il était rempli d'eau, il allait jusqu'à une ligne passant par les crêtes iliaques. Ce sont là des résultats peu concordants avec ce qu'il est facile de constater sur le cadavre. D'après Hayem, cet abaissement apparent de l'estomac est dû à ce que l'eau introduite dans la cavité gastrique fait miroir et projette à distance les rayons lumineux. Dans leurs recherches sur la gastrodiaphanie, Heryng et Reichmann ont vu que, dans les conditions d'un estomac normal, la zone lumineuse s'étend à cette partie de la paroi thoracique qui représente l'espace semi-lunaire de Traube. Lorsque l'estomac est abaissé, cet espace reste sombre souvent dans toute son étendue; il peut même arriver que la zone lumineuse n'atteigne pas le bord des fausses côtes gauches.

Oppler, de Breslau, à l'aide de cette méthode, a cherché à établir un signe diagnostique entre la dilatation stomacale et la gastroptose et, pour lui, « il y a gastroptose quand, par la gastrodiaphanie, la figure de transparence est tout entière visible ». Küttner et Jacobson déclarent qu'on peut affirmer la gastroptose quand la respiration n'imprime aucun mouvement à l'image de transparence. Mais on comprend facilement que, pour observer ces deux signes, il faut avoir un degré très prononcé de gastroptose, ce qui existe rarement. La gastroscopie tentée par Mikulicz a pour but de regarder la paroi même de l'estomac avec un instrument spécial, mais cette méthode n'est pas entrée dans la pratique.

Rayons X. — Enfin, chose que l'on pouvait prévoir, on a tout dernièrement employé les rayons Röntgen à l'étude

de la situation de l'estomac. On introduit dans la cavité gastrique une sonde molle, remplie de gros plomb; on la fait aller jusqu'au fond, on fixe sa position par les rayons Röntgen. Puis on introduit de l'air dans l'estomac par le moyen de cette sonde: on applique ensuite de nouveau les rayons X pour voir les contours de l'estomac ainsi gonflé d'air. C'est là une méthode nouvelle, qui n'a pas encore été très expérimentée et qui, malgré la difficulté de son emploi, peut être appelée à rendre quelques services; il serait, en tout cas, prématuré de porter sur elle un jugement.

Exploration chimique. — En outre de l'exploration physique de l'estomac, il est utile, croyons-nous, de compléter l'examen clinique par l'étude du chimisme stomacal.

D'après Bourget, de Lausanne, l'état de la sécrétion chlorhydrique paraît être en rapport avec l'état de la tunique musculaire, c'est-à-dire qu'elle est sous la dépendance du fonctionnement mécanique de l'estomac. Celui-ci parvient-il à se vider normalement, malgré sa situation défectueuse, comme cela se voit souvent pour des estomacs situés au-dessous de l'ombilic? la sécrétion gastrique se rapprochera sensiblement de la normale. Au contraire, si le fonctionnement mécanique est gêné, la sécrétion gastrique s'altère, l'acide chlorhydrique libre disparaît et le taux d'HCl continue à diminuer.

D'après les quelques observations que nous publions, on a une acidité totale assez souvent augmentée.

Elle était de 2,92 pour la première,
3,65 pour la deuxième,
3,65 pour la troisième,
2,55 pour la cinquième,

Anachlorhydrée pour la septième,
Normale pour la huitième.

En outre, on trouve, dans un certain nombre de cas, des acides de fermentation en même temps que le contenu stomacal dégage une odeur nettement butyrique.

Diagnostic. — En résumé, on voit, d'après l'exposé symptomatique que nous venons de faire, que la gastropse est une affection à syndrome net et qu'en règle générale, il n'est point nécessaire, pour la reconnaître, d'employer les procédés compliqués que l'on a décrits. Nous croyons pouvoir affirmer que lorsque une malade se présente au médecin, se plaignant d'une sensation de tiraillement et de tonisme gastrique, racontant qu'elle crache souvent de l'eau douceâtre, lorsqu'en même temps, on retrouve dans ses antécédents la période de troubles digestifs et de crampes stomacales que nous avons décrite comme appartenant à la période de formation, nous croyons qu'on peut présumer déjà l'existence d'une gastropse.

On arrivera ensuite facilement au diagnostic en recherchant si la zone de sonorité sous-costale est diminuée, si l'estomac est contracté et forme une saillie péri-ombilicale. Souvent aussi la constatation facile de l'abaissement des deux courbures, grâce aux mouvements péristaltiques nets, permet d'assurer le diagnostic. Ce sont là des moyens suffisants à notre avis, moyens qu'il est d'ailleurs facile de compléter, soit par la distension artificielle de l'estomac, soit par l'éclairage de sa cavité.

Ce serait un tort de croire que toujours le syndrome gastropstosique est aussi net que nous l'avons décrit. On conçoit aisément que lorsque la gastropse n'est pas très accentuée, les signes cliniques soient moindres : or l'es-

tomac peut occuper toute une multitude de positions entre les cas normaux et ceux où on trouve la limite inférieure presque au pubis : dès lors les troubles fonctionnels et les phénomènes douloureux varieront tout naturellement avec le degré d'abaissement de la cavité gastrique.

Il est toute une série de cas presque frustes où un abaissement assez considérable de l'estomac n'amène presque aucun trouble fonctionnel. Certains auteurs ne craignent pas d'affirmer que les symptômes subjectifs que l'on a donnés de la gastropiose ne sont dus qu'au nervosisme associé. Dans une série de recherches, Manfred Bial a pu constater que, contrairement à une opinion émise jusqu'ici, l'estomac se trouvait souvent abaissé chez les hommes, abaissement que l'examen objectif montrait nettement, mais qu'aucun signe ne révélait. La raison, dit-il, pour laquelle on décrit des symptômes aussi variés dans la gastropiose, est qu'on avait surtout examiné des femmes dont le système nerveux est toujours plus ou moins atteint. Poussant plus loin ses investigations, il ajoute encore une autre preuve à ce qu'il vient d'avancer : « L'application d'un bandage destiné à empêcher les changements de position des organes est presque toujours suivie d'une grande amélioration et parfois d'une disparition de tous les symptômes. Or si, après avoir ceint l'abdomen d'une gastropiosique avec une serviette suffisamment serrée pour soulager notablement la malade, on cherche, par la gastrodiaphanoscopie, la situation qu'occupe l'estomac, on trouve que cette situation ne s'est que très peu modifiée par l'application d'un bandage. Dans un cas, j'ai trouvé que la limite inférieure s'était élevée de 2 centimètres seulement, dans un deuxième de 1 cen-

timètre. Dès lors, on ne peut attribuer l'amélioration, par cette thérapeutique mécanique, des troubles qu'on avait constatés qu'à une espèce de suggestion analogue à celle qu'on emploie dans le traitement des affections nerveuses. » C'est donc à la neurasthénie que l'on doit rapporter la majorité des phénomènes subjectifs de la gastropse. Or il y a concomitance fréquente entre la neurasthénie et les affections gastriques. C'est d'ailleurs la coïncidence de ces deux affections qui a permis à Glénard d'aborder l'étude des ptoses viscérales par celle de la neurasthénie gastrique.

La gastropse est souvent aussi associée à la dilatation, surtout dans les cas où la cause primitive de l'abaissement stomacal est une sténose du pylore due à un néoplasme ou à une cicatrice d'ancien ulcère. On pourrait même penser *a priori* qu'un abaissement notable de l'estomac doive entraîner une dilatation consécutive, puisque cet abaissement provoque une coudure au niveau de la première portion du duodénum et produit ainsi un certain degré d'obstruction. Dès lors, la cavité gastrique se trouve surchargée par le contenu alimentaire qui y stagne plus longtemps et amène secondairement un plus ou moins grand degré de dilatation. Monteuis est de cet avis et déclare « que la dilatation chez les gastropsées est un fait d'ordre secondaire, les signes que l'on constate ne relevant que de l'atonie gastrique ou de la gastropse elle-même. Mais nous ne croyons point aussi fréquente cette coïncidence de la dilatation et de l'abaissement gastrique. Les schémas de la thèse de Poltowicz, ceux du professeur Bourget, ceux de la thèse de Boudou, de Toulouse, nous montrent que la capacité stomacale n'est pas toujours augmentée et que la distance qui sépare les

deux courbures est à peu près celle que l'on trouve normalement. C'est aussi un fait que nous avons constaté quelquefois dans nos observations.

La myasthénie gastrique n'est pas une rareté dans la gastropiose. La plupart des auteurs ont tendance à considérer l'atonie, c'est-à-dire l'insuffisance motrice de l'estomac, que nous observons dans cette affection, comme une conséquence de la gastropiose. Mais tel n'est point l'avis de Küttner qui affirme que l'atonie précède toujours l'abaissement de la cavité gastrique.

Il est toute une catégorie d'associations morbides qu'on trouve avec la gastropiose, nous voulons parler des autres ptoses viscérales. Le plus généralement on trouve, en même temps qu'un abaissement de l'estomac, une néphropiose droite, mais chacun sait que cette mobilité anormale du rein droit est très fréquente chez les femmes. Cette coïncidence a même servi à quelques auteurs de point de départ pour émettre une théorie pathogénique des ptoses abdominales.

L'association des ptoses de l'estomac et de l'intestin est fréquente. Glénard avait d'abord admis que l'entéroptose était le phénomène primitif entraînant avec elle l'abaissement de l'estomac par l'intermédiaire du ligament gastro-côlique. Mais on admet plus communément aujourd'hui que la ptose de l'estomac est primitive et celle de l'intestin secondaire. Quoi qu'il en soit, on trouve presque toujours chez ces malades les signes que Glénard a donnés de l'entéroptose : la corde côlique, l'hypostase abdominale, l'épreuve de la sangle, etc.

Souvent aussi le foie est plus ou moins déplacé ; la palpation méthodique de cet organe par le procédé du pouce

permet de reconnaître l'existence de l'hépatoptose. Dans trois de nos observations, nous avons trouvé le foie abaissé, surtout dans la quatrième où on pouvait facilement le saisir et le remonter.

Pronostic. — Tels sont les divers symptômes de la gastroplose et les associations morbides qu'on peut rencontrer avec elle. Voyons quel est le pronostic de cette affection. D'une façon générale et dans les cas où la gastroplose n'est pas elle-même sous la dépendance d'un état général grave, on peut dire qu'un traitement rationnel, que nous décrirons plus loin, a dans la plus grande majorité des cas, raison de l'amaigrissement de la malade et des phénomènes douloureux qu'on avait observés. Mais si on laisse la maladie suivre son cours, soit que la malade ne consulte point, soit qu'on méconnaisse la nature de cette affection, on voit peu à peu périliter l'état général et apparaître les signes d'une occlusion pylorique, de fermentations stomacales et d'auto-intoxications consécutives.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La gastropiose est surtout une affection du sexe féminin : ce fait s'explique par l'emploi du corset chez les femmes et parce qu'aussi l'organisme féminin est profondément influencé par les fonctions sexuelles, par la menstruation et les grossesses qui sont des causes occasionnelles amenant la gastropiose. Bial s'est bien attaché à prouver que la proportion d'hommes atteints d'un abaissement de l'estomac était assez considérable, mais c'est là une opinion qui lui est restée à peu près personnelle.

Les dislocations de l'estomac peuvent se produire à tout âge, mais elles sont cependant rares dans les dix premières années de la vie. La plupart des cas ordinairement observés varie de vingt à cinquante ans ; Meynert a prétendu que la gastropiose débutait à l'âge de douze à quinze ans, époque à laquelle les jeunes filles commencent à porter un corset.

La grossesse et le nombre d'accouchements antérieurs ne jouent qu'un petit rôle. D'après Küttner sur 39 cas de gastropioses, il y en avait 10 qui n'avaient pas eu d'enfants, 12 qui en avaient un et 17 plusieurs. D'après certains auteurs, la gastropiose est plus fréquente chez les femmes de la classe aisée par le seul fait que celles-ci se servent généralement d'un corset plus serré que les femmes obligées de se livrer à des occupations pénibles.

Avant d'aborder l'étude des causes qui peuvent produire un abaissement de l'estomac, il nous faut d'abord rejeter l'opinion de Fleischmann, d'après laquelle la gastropiose peut être congénitale. Küttner et Dyer, sur un très grand nombre d'enfants et de nourrissons qu'ils ont examinés méthodiquement à la Policlinique de l'Hôpital Augusta, n'ont pu constater aucun cas de gastropiose cliniquement appréciable.

D'autres auteurs, en particulier Stiller, ont parlé d'une prédisposition entéroptosique. « Nous voyons, dit-il, chez les gastropiosés, des individus qui ont un système nerveux, excitable et délabré, en un mot de la neurasthénie; puis, à côté de ceux-là, d'autres types dont le squelette est grêle, le thorax allongé, la musculature délicate et amollie, un pannicule adipeux, pauvre ou absent. Ce sont là des signes nets d'une prédisposition congénitale. » Plus loin, Stiller indique un véritable stigmatisme neurasthénique et entéroptosique : chez un grand nombre de malades affectés de ptoses viscérales nettes, il a observé que la 10^e côte était mobile, c'est-à-dire qu'elle n'était point comme la 11^e et la 12^e, fixée à l'arc costal par un cartilage, mais qu'au contraire elle était libre ou reliée à cet arc par un simple ligament peu résistant.

Cette opinion n'a pas rencontré de bien nombreux défenseurs et la plupart des auteurs, à l'heure actuelle, n'admettent que des gastropioses acquises, essentielles ou associées.

Une compression, agissant directement sur le cardia ou mieux sur la région voisine du cardia, sur la grosse tubérosité, peut amener un abaissement de la cavité gastrique.

L'emphysème extrême du poumon, un épanchement considérable de la plèvre gauche et la plupart des affections thoraciques, capables de refouler fortement le diaphragme vers la cavité abdominale, repousseront en bas l'extrémité supérieure de l'estomac.

Mais on comprend aisément qu'un abaissement de ce genre, intéressant beaucoup plus la grosse tubérosité et le cardia que la région pylorique, ne pourra être que momentané et disparaître avec la cause qui l'a produit. Il en est de même de la gastropiose consécutive à une hypertrophie, à une tumeur ou à un déplacement latéral du foie.

Bien plus fréquemment, la gastropiose vraie, celle qui intéresse à la fois la région pylorique et la grosse tubérosité est d'origine abdominale. Elle est souvent associée à l'entéropiose et dépend des mêmes causes que celle-ci. Glénard, ainsi que nous l'avons déjà dit, admet que la descente de l'estomac est toujours consécutive à la descente de la coudure droite du côlon trop faiblement fixée, la cavité gastrique étant entraînée par l'intermédiaire du ligament gastro-côlique. Nombre d'auteurs ne se sont point rangés à cet avis et paraissent plus disposés à admettre que l'abaissement de l'estomac est le fait primitif et causal de l'abaissement de l'intestin.

Le foie peut aussi, en se déplaçant vers le bas, entraîner avec lui l'estomac, cet abaissement ayant pour effet de tirer sur la totalité de l'estomac, par le fait des insertions gastriques du ligament gastro-hépatique. Souvent, d'ailleurs, on trouve l'hépatopiose associée à l'affection qui nous occupe et il est possible chez certaines malades, de produire un soulagement bien marqué des symptômes gastriques en relevant fortement la glande hépatique.

C'est aussi un fait bien connu que l'hépatopexie et toutes les opérations dirigées contre l'abaissement du foie ont amené une sédation notable des troubles gastriques qu'on avait observés auparavant. Cette amélioration est, croyons-nous, due à ce que l'estomac n'étant plus entraîné par le foie, reprend sa situation habituelle et fonctionne normalement.

Des lésions de l'estomac lui-même peuvent amener un abaissement de cet organe. La rétention prolongée et considérable des ingesta, à la suite d'une occlusion pylorique, exerce une traction continue sur les moyens de fixité de l'estomac et peut amener en même temps qu'une dilatation, un abaissement de la cavité gastrique. Les tumeurs cancéreuses du pylore, les cicatrices d'ancien ulcère, les spasmes pyloriques sont des causes possibles de gastropse. Mais si un estomac surchargé peut devenir ptosé, il est évident qu'une atonie de la musculature gastrique produira un prolapsus de l'estomac. Koelling affirme que la ptose stomacale est souvent précédée d'états atoniques. Dans ces circonstances, les aliments demeurent souvent longtemps dans la cavité gastrique et spécialement dans la portion pylorique. Celle-ci se dilate peu à peu, dit Küssmaul, elle arrive à atteindre le grand bassin en entraînant avec elle le pylore et les autres parties de l'estomac. L'hypersécrétion permanente pouvant amener une ectasie gastrique énorme, s'accompagnant toujours d'amaigrissement et de constipation, produira dans certains cas de la gastropse; la dilatation consécutive au catarrhe chronique invétéré peut aussi agir de la même façon.

De même que l'entéroptose, la gastropse peut se produire par le relâchement de la paroi abdominale et la

diminution de tension qui lui est consécutive. Les organes sont maintenus dans leur position respective; par une certaine tension du milieu abdominal qui compense l'insuffisance naturelle des moyens de fixation. L'estomac a moins de tendance à tirer sur les ligaments et à descendre; il est clair que la tonicité des parois antérieure et latérales de l'abdomen joue un rôle important dans la statique abdominale. Qu'une cause vienne diminuer la tonicité et produire le relâchement de ces parois, les organes abdominaux s'abaisseront du fait de leur propre poids. Ce sont là, à notre avis, des causes plus importantes pour l'entéroptose elle-même que pour la gastropiose proprement dite. Néanmoins, des grossesses multiples, en distendant fortement l'abdomen qui revient ensuite brusquement sur lui-même, peuvent amener un abaissement de l'estomac. Il est fréquent de rencontrer des femmes chez qui les premiers malaises gastriques remontent à un accouchement antérieur.

De même l'évacuation trop rapide d'un liquide d'ascite pourrait de la même façon amener un abaissement de l'estomac. Un amaigrissement rapide en augmentant pour ainsi dire la capacité de la cavité abdominale, par le fait de la suppression du tissu adipeux, peut favoriser les déplacements de l'estomac.

Mais, à notre avis, c'est la compression du thorax par le corset où par les liens destinés à retenir les jupes, qui est de beaucoup la cause la plus fréquente de la gastropiose. A cette opinion se sont rangés la majorité des auteurs, Bourget de Lausanne admet que ce sont plus particulièrement les cordons des robes; Meynert, Fleiner, Kelling et beaucoup d'autres auteurs incriminent davan-

tage le corset. Appliqué chez la femme à l'âge de douze à quatorze ans, à une époque où le développement n'est point encore complet, cet instrument devient vite une habitude et paraît être un soutien, alors qu'il commence déjà à nuire. Il est trois sortes de constriction exercée par le corset. La plus commune, celle qu'on trouve le plus souvent décrite est la constriction sus-hépatique ou sous-mammaire.

Voici ce qu'on peut noter d'après M. Hayem :

« Le thorax est carré ou rond, élargi par sa base avec évasement des dernières côtes, l'angle xiphoïdien est peu modifié. On constate un enfoncement qui s'étend de la 8^e à la 9^e côte. « L'enfoncement des côtes à la partie antérieure et inférieure des deux moitiés de la cage thoracique, lorsqu'il existe, diminue le diamètre antéro-postérieur et produit une excavation qui donne à la région une forme en bateau. » Les organes abdominaux ne trouvant plus la place pour se loger tendent à descendre vers la partie inférieure de la cavité abdominale : le foie s'abaisse entraînant avec lui la cavité gastrique.

Cette variété de compression est celle qui produit les ptoses viscérales, tandis qu'une compression portant surtout au-dessous du foie aura pour effet de refouler les organes abdominaux vers le diaphragme.

Meynert, en suivant attentivement l'histoire clinique d'un certain nombre de jeunes filles, a pu vérifier que la constriction du corset était la cause principale des abaissements de l'estomac et que cet abaissement se produisait dès l'âge de douze à quinze ans. Il a même cherché à relier la chlorose aux déplacements de l'estomac et il n'hésite pas à dire que sur 100 chlorotiques dont il a exa-

miné soigneusement la cavité gastrique, il a trouvé 80 cas où l'estomac était abaissé. Boudou, dans sa thèse de Toulouse de 1896, Brüggemann en Allemagne, et d'autres auteurs se sont rangés à cet avis. Nous n'avons point à discuter ici cette théorie pathogénique de la chlorose généralement rejetée.

Quoi qu'il en soit, cette cause étiologique de la gastropse nous permet de comprendre pourquoi cette affection est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme et pourquoi elle est plutôt une maladie de l'âge adulte que de l'adolescence. De plus, cette compression s'exerçant dès l'âge de quinze ans nous explique pourquoi nous trouvons dans les antécédents de la malade quelques phénomènes douloureux remontant à cette période, que nous avons appelée période de formation.

Nous devons aussi ranger, parmi les causes capables de produire une gastropse, les adhérences inflammatoires qui peuvent fixer la cavité gastrique aux organes voisins. Nous avons trouvé un nombre assez considérable de ces cas dans la littérature médicale.

M. Bouveret, en 1893, a publié l'observation d'un malade chez qui des adhérences de l'estomac et de la vésicule biliaire avaient produit une sténose du pylore et un abaissement total et considérable de la cavité gastrique. Trèves, en 1894, dans le *British medical Journal*, rapporte l'observation d'une malade à peu près semblable. Paul Delbet, en février 1898, relate dans les *Archives générales de Médecine* le cas d'une malade où l'on trouva à l'opération une bride péritonéale partant de l'estomac et adhérente au péritoine du petit bassin. Ce sont là des cas de gastropse qu'on pourrait appeler inflammatoires.

Enfin, il est des cas où l'on a trouvé dans les antécédents de la malade un traumatisme plus ou moins violent après lequel se sont installés rapidement tous les signes d'une gastropiose : nous avons rencontré cette étiologie dans au moins deux de nos observations.

Mais, contrairement à l'opinion émise par certains auteurs, d'après laquelle l'estomac pourrait se déplacer en totalité et comme se luxer hors de sa position par le fait d'un traumatisme, nous croyons que les traumatismes influent davantage en accentuant une gastropiose qui existait déjà, mais peu accentuée, et en amenant l'éclosion brusque de tous les symptômes subjectifs et plus ou moins neurasthéniques qu'on rencontre dans cette affection. Cette opinion nous a été suggérée par ce fait que la grande majorité des cas de traumatisme dans les ptoses viscérales, que nous avons relevés dans les observations de Coutaret de Roanne, de Glénard et d'autres, traumatisme ayant amené un abaissement de l'estomac, étaient survenus chez des femmes dont le système nerveux est facilement excitable et toujours plus ou moins atteint.

TRAITEMENT

La gastropiose est, avons-nous dit, une maladie qui peut guérir, ou du moins si l'estomac une fois ptosé ne peut reprendre complètement la situation qu'il doit occuper normalement, une thérapeutique rationnelle rendra à peu près nuls les signes subjectifs qu'on avait observés. Comme celui de la plupart des maladies, le traitement de la gastropiose doit être à la fois symptomatique et causal.

Le corset, souvent responsable de la gastropiose, devra être supprimé : on le remplacera par une ceinture sous-mammaire, assez large, mais faite avec un tissu rigide qui servira à retenir les jupes. On fixera cette ceinture par des bretelles passant sous les épaules.

Il n'est point aisé de faire renoncer une femme au port du corset ; dans les cas, et ils seront nombreux, où on se butera à un refus de ce genre, on pourra avantageusement prescrire un corset large et court, prenant bien la forme naturelle de la taille ; il est préférable qu'il soit d'un tissu très ferme afin de résister à la pression des cordons des robes.

C'est encore s'attaquer à la cause que de prescrire le remède héroïque de Glénard, la sangle hypogastrique. On a donné de cet appareil de fort nombreuses descriptions et beaucoup d'auteurs ont apporté des modifications à la

sangle-type de Glénard. Ewald et son élève Küttner ont employé, pour relever les parois abdominales et les viscères prolabés, une ceinture d'étain légèrement courbe dont la grandeur varie suivant celle de l'abdomen. On la garnit de telle façon que son épaisseur aille en diminuant de bas en haut. Ce bandage est maintenu par des ressorts appropriés. Ces deux auteurs disent avoir obtenu d'excellents résultats avec leur ceinture; mais c'est à notre avis un moyen trop compliqué et nous croyons préférable d'employer la sangle de Glénard ou encore une simple bande de flanelle que l'on entoure autour de l'abdomen en serrant fortement. L'application d'un bandage est, en général, suivie d'une sédation à peu près complète de tous les symptômes.

Glénard avait bien affirmé que cette sangle agissait en relevant les organes ptosés, mais Bial, dans une série d'expériences, a prouvé que la limite inférieure de l'estomac ne remontait pas par l'application d'un bandage. Quoi qu'il en soit, c'est là le traitement de choix dans la majorité des cas.

C'est aussi pour remédier à la position défectueuse de l'estomac que Duret, de Lille, et d'autres auteurs ont employé la gastropexie, tandis que quelques chirurgiens, plus nombreux à l'heure actuelle, font une gastro-entéro-anastomose. Nous ne voulons point entrer dans le détail de ces opérations et nous nous contenterons d'affirmer que ces deux interventions ont été suivies dans certains cas de notables améliorations.

Il est aussi indiqué d'ouvrir la cavité abdominale et de rompre les adhérences qui se sont produites lorsque ce sont elles qui sont la cause de la gastropexie.

A côté de ces traitements qu'on pourrait appeler curatifs, il en est une multitude d'autres presque aussi importants. On pourra calmer les sensations douloureuses dont se plaignent les malades par des applications chaudes sur la région péri-ombilicale; on emploie à cet effet une serviette imbibée d'eau assez chaude et bien exprimée; on l'applique sur la région douloureuse, puis on l'enveloppe de gutta-percha afin de lui conserver plus longtemps sa chaleur.

L'alimentation de la malade sera surveillée avec soin et M. le Dr Tournier prescrit à ses malades de prendre du lait dans lequel on bat des œufs en quantité aussi nombreuse que peuvent le supporter les malades; il leur ordonne de ne manger que de la viande hachée très fin et réduite presque en bouillie et de boire de l'eau de Vichy.

Mais si l'occlusion pylorique est assez accentuée pour produire de la rétention alimentaire et des fermentations gastriques, il est indiqué de faire des lavages de l'estomac. On devra aussi traiter la constipation, soit à l'aide de laxatifs, mais plutôt à l'aide de lavements. M. Tournier fait prendre tous les quatre à cinq jours à ses malades un lavement de 300 à 400 grammes d'huile d'olive, le soir, et conseille de le garder jusqu'au lendemain matin.

On relèvera les forces de la malade par des médications appropriées et l'on combattrà, dans la mesure du possible, les symptômes d'anorexie que l'on voit se manifester.

Enfin, on pourra essayer d'accroître la tonicité des parois abdominales par l'hydrothérapie, par des frictions sèches de l'abdomen, par le massage, l'effleurage, le pétrissage ou le tapotement de la région gastrique; l'é-

lectricité et la faradisation pourront rendre quelques services. Le repos au lit est indiqué et la malade au début devra rester couchée toute la journée, puis peu à peu elle ne sera plus obligée que de s'étendre un temps plus ou moins long, deux à trois heures environ après chaque repas.

Grâce aux moyens que nous venons sommairement d'indiquer, les signes subjectifs ne tarderont pas en général à s'atténuer et à disparaître, la malade reprendra de l'embonpoint, son état général s'améliorera rapidement, ses forces reparaîtront et bientôt elle pourra reprendre ses occupations et vivre de la vie commune.

CONCLUSIONS

I. La gastropiose est plutôt une déformation de l'estomac qu'une ptose véritable : en effet, le cardia est rarement abaissé; on trouve toujours un effacement de la grosse tubérosité et une augmentation en même temps qu'un abaissement de la petite.

II. On doit admettre deux formes de gastropiose : l'une primitive, l'autre plus ou moins secondaire et associée.

III. L'étude clinique de la gastropiose peut se diviser en trois périodes : période de formation (tiraillements, troubles digestifs légers), période de latence (sans signes particuliers), période d'association morbide plus ou moins nette (douleurs tardives après les repas, ptyalisme, ballonnement épigastrique).

IV. Les signes objectifs très précis permettent le plus souvent de diagnostiquer cette affection. Ce sont l'absence de sonorité sous-costale et l'abaissement des limites de l'estomac recherché par la succussion auscultée, le clapotage, la percussion et l'inspection.

V. La gastropiose est surtout une affection du sexe féminin et de l'âge adulte.

VI. Le corset est de beaucoup la plus importante des causes étiologiques ; après viennent les traumatismes.

VII. Le traitement est surtout celui du syndrome qu'on pourrait appeler associé : la ceinture peut être utile sans qu'on puisse donner une opinion exacte sur son mode d'action.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LÉPINE.

Vu :

LE DOYEN
LORTET

Vu, et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

MORGAGNI, *Epistolæ anatomico-medica*, XXIX et XXX.

LIEUTAUD, *Historiæ anatomico-medica*, p. 12, t. I, 1729.

VICQ D'AZYR, *Sciences physiologiques médicales*, t. V, p. 162.

PORTAL, *Cours d'anat., médic.*, t. V, p. 207, Paris, 1803.

ANDRAL, *Journ. de physiol. expérimentale de Magendie*, t. I,
p. 240, 1821

GLÉNARD, *Lyon médical*, 1885-1886.

— *Province médicale*, 1887.

— *Presse médicale belge*, 2 février 1889.

— *Bulletin de la Soc. médic. des hôpitaux*, 22 décembre 1888,

— *Revue théorique et pratique des maladies de la nutrition*.
p. 641, 1893.

CUILLERET, *Gazette des hôpitaux*, 22 septembre 1888.

POURCELOT, *De l'entéroptose*, thèse Paris, 1888-1889.

CHÉRON, *De l'entéroptose*, *Union médicale*, 1888.

TRASTOUR, *Semaine médicale*, 7 septembre 1887.

BOUVERET, *Traité des maladies de l'estomac*, 1893.

HAYEM et G. LION, *Archives générales de médecine*, 1895,

REVITZOFF, *Journal des praticiens* (Éclairage de l'estomac, 1896).

MATHIEU, *L'estomac et le corset* (*Gaz. des hôp.*, 14 sept. 1893).

DURET, *Un cas de gastropexie* (*Acad. de méd.*, 19 mars 1895).

DUHAMEL, *Contribution à l'étude des crises gastriques dans la*
néphroptose (th., Paris, 1893-1894).

DUJARDIN-BEAUMETZ, *Bul. général de thérapeutique*, Paris, 1889.

CHAPOTOT, *L'estomac et le corset* (th., Lyon, 1892).

- BOURGET, Congrès de Lyon, 1894.
- BOUDOU, Nouvelle théorie pathogénique de la chlorose (thèse, Toulouse, 1895-1896).
- BOUVERET, Revue de médecine, janvier 1896.
- GUÉNIOT, Archives de tocologie, p. 425-437, mai 1885.
- POLTOWICZ, Contribution à l'étude de la maladie de Glénard, Lausanne, 1891-1892.
- TREYER, Troubles dyspeptiques dans la chlorose, Lausanne, 1897-1898.
- M^{me} TYCLICKA, Du corset (thèse Paris, décembre 1898).
- MONTEUUIS, Les déséquilibres du ventre, Baillière, 1894.
- NOTHNAGEL, Traité de pathologie allemand, t. X.
- EWALD, Traité des maladies de l'estomac.
- KÜTTNER et DYER, Ueber Gastropiose (Berliner klinische Wochenschrift, 1896).
- LANGHERANS, Archiv für Verdauungs-Krankheiten von Boas, t. III, année 1897.
- LANDERER, Congrès allemand, Berlin, 1897.
- MEYNERT, Gastropiose und Chlorose (Sammlung klinischer Vorträge, janvier 1895).
- KÜSSMAUL, Berliner klinische Wochenschrift, janvier 1880.
- BRÜGGEMAN, thèse de Bonn, 1895.
- MELTZING, Wiener medicinische Presse, n° 30 bis, 1895.
- TRÈVES, British medical Journal, 4 janvier 1896.
- MEYNERT, Centralblatt für innere Medicin, février 1896.
- BOAS, Centralblatt für innere Medicin, février 1896.
- KRETZ, Münchener medicinische Wochenschrift, 1892.
- LEO, Deutsche medicinische Wochenschrift, p. 105, 1894.
- HOMERS et SCHAUMANN, Finska läkar hanlingar, 1897.
- BIAL, Berliner klinische Wochenschrift, 14 décembre 1896.
- ABRAMS, Medica-News, 13 avril 1894.
- DE RENZI, Riforma medica, 22 décembre 1894.
- OPPLER, Archiv für Verdauungs-Krankheiten, 1897.
- HERNETTE, thèse, Paris, 1896-1897.

TABLE

Avant-propos.	5
Introduction	7
Historique.	9
Aperçu anatomique.	13
Observations	19
Résumé des observations	: 42
Symptômes et diagnostic	45
Période de formation	46
Période de latence	47
Période d'état et d'association morbide	48
Examen objectif	52
Etiologie et pathogénie.	67
Traitement	75
Conclusions	79
Bibliographie	81

